Nr. 2. Warszawa, Grudzień 1935 r. Tom V.

Gastrologja Polska

TREŚĆ: **Prof. Dr. Z. Radliński.** Epiploitis. — **Prof. Dr. H. Strauss.** O t. zw. sigmoiditis i perisigmoiditis. — **Dr. B. Wejnert.** Sprawozdanie z I-go Międzynarodowego Zjazdu Gastro-Enterologów w Brukselli w roku 1935. — **Dr. M. Rejchert.** Sprawozdanie ze Zjazdu Międzynarodowego w Karlsbadzie w r. 1935. — Protokuły posiedzeń.

Wydawca: Dr. I. Grundzach. Redaktor: Dr. med. B. Wejnert.

Epiploitis.

Podał

Prof. Dr. Zygmunt RADLIŃSKI (Warszawa).

Pod nazwą powyższą należy rozumieć stan zapalny sieci wielkiej (o m e n t u m m a j u s, e p i p l o o n), najczęściej wyrażającej się powstaniem w tem lub innem miejscu jamy brzucha guza, przyrośniętego lub tylko przylepionego do jakiegoś narządu.

Guzy takie stwarzają nieraz poważne trudności rozpoznawcze i można do nich zastosować aforyzm jednego z moich profesorów chirurgji, który mawiał, że w rozpoznawaniu guzów brzucha należy zawsze mieć „kał w głowie", t. j. pamiętać o możliwości skupień kałowych, imponujących jako guzy. Podobnie rzecz ma się z guzami sieci. Sieć wielka przedstawia się jako „fartuszek", umocowany górnym swym brzegiem do taśmy sieciowej poprzecznicy (t a e n i a o m e n t a l i s c o l i t r a n s v.) i zwisający wolno w jamie brzucha ponad kłębowiskiem jelit cienkich. Zbudowana jest sieć z bogato unaczynionej naczyniami krwionośnemi i chłonnemi luźnej tkanki łącznej, w okach której gromadzi się tłuszcz. Stan otłuszczenia sieci bywa b. różny. Widujemy niekie-

dy sieć wypełnioną tłuszczem na grubość paru centymetrów (5 i więcej), z drugiej strony spotykamy się z sieciami przeświecającemi, w których naczynia stanowią widoczną siatkę, w okach wypełnionych „pajęczyną".

Długość sieci w wymiarze pionowym bywa różna i w pewnej mierze zależy od stopnia zwisania ku dołowi poprzecznicy — jest tem dłuższa, im poprzecznica przebiega wyżej, i odwrotnie. W zasadzie, u dorosłych sieć dochodzi do wejścia do miednicy małej, u dzieci jest krótsza. Cała sieć jest z obu stron, przedniej i tylnej, powleczona warstewką śródbłonka, a jak chcą niektórzy „nabłonka" otrzewnowego, posiadającego wybitną zdolność zlepną, której to cechy „nabłonek" miećby nie powinien. Za określeniem warstwy tej jako nabłonka mogłyby może przemawiać bardzo zresztą rzadkie pierwotne nowotwory złosliwe sieci o budowie raka. Czy to jest istotnie rak, o tem dyskusja zamknięta nie jest, tak samo, jak zresztą nie jest zakończona klasyfikacja nowotworów złośliwych, ujawniająca coraz nowe punkty widzenia. Nie mówię tu oczywiście o częstych typowych rakach sieci przerzutowych z innych narządów, dla których bywa nieraz trudno wykryć punkt wyjścia.

Cechą charakterystyczną sieci jest jej duża ruchomość w jamie brzucha. Ruchy te są bierne — i zależą od ruchów robaczkowych jelit. na których, wzgl. przed któremi, sieć zwisa, oraz, być może, od prądów płynu surowiczego, który znajduje się w brzuchu zawsze, w ilości zmiennej. Jest prawdopodobne, że ruchy sieci mogą być również powodowane przez zmienne napełnienie jej naczyń krwionośnych. Za tem przemawiałyby doświadczenia na zwłokach, w których przy napełnianiu pod ciśnieniem tętnic sieci spostrzegano jej ruchy, czem nawet usiłowano tłumaczyć zdarzający się jej skręt.

Zdolność sieci do zlepów oraz jej ruchomość — oto dwie cechy, z których wynikają zarówno korzystne dla ustroju, jak i niepomyślne jej właściwości. Właściwość korzystna — będzie to zdolność i wybitna skłonność sieci znalezienia się tam, skąd wolnej otrzewnej grozi zakażenie, i oklejenie tego miejsca, jakby łatą w dziurawej łodzi.

Właściwość niepomyślna wynika stąd, że przylepiona do

miejsca zakażonego sieć ulega nacieczeniu, zgrubieniu i może wytworzyć guz o nieobliczalnym rozmiarze i czasie trwania, oraz. że sieć, przyrośnięta gdzieś jakimś cyplem, może być powodem niedrożności jelit, w razie przerzucenia się pętel przez taki sznur.

Jakie siły skierowują sieć do miejsca zagrożonego, nie wiadomo, wiadomo natomiast, że muszą one być dość znaczne, skoro są w stanie unieść sieć przeciw sile ciążenia ku górze, ku zagrożonemu przedziurawieniem żołądkowi, workowi żółciowemu i t. p. Ta właściwość sieci znalezienia się tam w brzuchu, gdzie coś jest nie w porządku, spowodowała nadanie jej trafnego, acz mało sympatycznego epitetu „żandarma" jamy brzucha.

Rozpatrzmy na codziennym niemal przykładzie zachowanie się sieci w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Na zagrożony przedziurawieniem wyrostek napełza sieć, przylepia się, i zapalenie otrzewnej, które bez tego musiałoby się po przedziurawieniu uogólnić, zostaje zlokalizowane — umiejscowione.

Sieć ulega zapalnemu nacieczeniu: w okach luźnej tkanki łącznej osiada włóknik, powstaje guz — jest to obraz tak zwanego wytwórczego zapalenia otrzewnej — peritonitis plastica. Wszyscy znamy ten typowy guz na prawym talerzu biodrowym — tumor ileo — coecalis inflammatorius.

Dalszy przebieg, o terminie zresztą bardzo różnym, — od kilkunastu dni do tyluż tygodni — jest taki, że albo po uspokojeniu się sprawy guz się wsysa i sieć może się nawet z powrotem odkleić i nie wykazywać żadnych zmian, albo w obrębie guza powstaje ropień, w ten czy inny sposób się likwidujący (ewent. drogą nacięcia), albo wreszcie po wessaniu się guza sieć może pozostać przyklejona, tworzyć t. zw. zrosty, lub sznury, o które nawet po szeregu lat mogą się zawęźlić jelita.

Nadmienię, że u dzieci spowodu krótkości sieci nalepianie się jej na schorzały wyrostek występuje rzadziej i trudniej i przez to sprawa częściej dochodzi do ogólnego zapalenia otrzewnej o ciężkim przebiegu.

Guzy sieciowe powstają również, jak wspomniano, w innych miejscach.

Często widujemy sieć przylepioną do zapalnego, a zwłaszcza

zagrożonego przedziurawieniem worka żółciowego; może ona tworzyć guz, we wnętrzu którego znajduje się worek. Podobny guz sieci może powstać i po usunięciu worka żółciowego, tworząc nieraz długotrwały guz, przylegający do terenu operacji. Wrzody żołądka, a zwłaszcza dążące do przedziurawienia, nieraz również są powodem powstania guzów sieci. Czasem sieć, nawet już po przedziurawieniu, zalepia otwór i w ten sposób może, zresztą wyjątkowo, nastąpić samorzutne, bez operacji, wyleczenie chorego.

Na jelitach cienkich widuje się guzy sieci pochodzenia durowego (oklejenie grożącego przedziurawienia), gruźliczego, a również w przypadkach, kiedy poprzez ścianę jelita przebija się ciało obce (ość rybia, igła). Guzy tego rodzaju mogą nastręczać duże trudności w rozpoznaniu i nasuwają swoim długim upartym przebiegiem, przeważnie bez- lub podgorączkowym, z nieznaczną tylko bolesnością — podejrzenie na nowotwór, o niejasnem umiejscowieniu i punkcie wyjścia.

Na jelicie grubem w typowy sposób tworzą się guzy sieci w tych miejscach, gdzie uchyłki (diverticula) ulegają stanowi zapalnemu (peridiverticulitis). Najczęściej zdarza się to na okrężnicy lewej i esicy, ale może również dotyczyć poprzecznicy. Guzy takie niejednokrotnie rozpoznawano, jako nowotwory, wycinano wraz z odcinkiem okrężnicy i dopiero bliższe, nieraz dopiero drobnowidowe badanie, wyjaśniało sprawę. Nawet narządy miednicy małej, a zwłaszcza przydatki u kobiet, mogą dać powód do powstania guzów sieci, ponieważ, jak wspomniano, sieć może zwisać aż do tego poziomu.

Swoistą fizjognomję i doniosłość kliniczną posiadają guzy sieci pooperacyjne. Po operacjach wyrostka robaczkowego, po operacjach przepuklin, w przypadkach, gdy wypadło odciąć część sieci, powstają one dookoła założonych podwiązek, poniżej których sieć odcięto.

Widuje się takie guzy po wycięciu worka żółciowego, po operacjach na żołądku, po wycięciach okrężnicy. W pewnej mierze przybrały one na częstości od czasu, gdy naśladując zjawisko naturalne, chirurgowie zaczęli używać sieci do przykrywania linij niepewnych szwów.

Przebieg guzów sieci bywa różny co do czasu ich trwania.

Jedne znikają szybko, po kilkunastu dniach, inne przechodzą w stan przewlekły, tkanka w nich bliznowacieje i staje się sklerotyczną.

W guzie może powstać ognisko ropne, jedno, lub nawet mnogie. Szczególnie powolnym przebiegiem odznaczają się guzy przyokrężnicze oraz pooperacyjne.

W symptomatologji na plan pierwszy wysuwa się obecność guza w brzuchu, dość twardego, o powierzchni przeważnie nierównej, wrażliwego lub bolesnego na dotyk. Ruchomość bywa różna w zależności od umiejscowienia. Często bywa stan podgorączkowy; wyższe ciepłoty wraz ze wzmożeniem leukocytozy wskazują na tworzenie się ropnia.

Rozpoznanie, o ile się nie myśli o tej postaci chorobowej, bywa trudne. Najczęściej podejrzewa się nowotwór, i nieraz już operowano takie guzy, usuwając je zupełnie, co jednak nie jest wskazane.

Wskazanym zabiegiem może być natomiast nacięcie ropnia, gdy do niego dochodzi.

W razie trafnego rozpoznania należy cierpliwie stosować leczenie ciepłem (przekrwienie czynne sprzyja wsysaniu), diatermją, pozajelitowem podawaniem środków bodźcowych.

O t. zw. sigmoiditis i perisigmoiditis.*)

Podał
Prof. Dr. H. STRAUSS (Berlin).

Nazwy „Sigmoiditis" użył, o ile się dobrze orjentuję, po raz pierwszy w r. 1893 Mayer z Genewy. W międzyczasie nazwa ta zyskała sobie w medycynie prawo obywatelstwa. Odosobnione zapalenia esicy zdarzają się dość rzadko. Jednakże, jak to mogłem stwierdzić na autopsjach, mogą one występować, jako izolowane schorzenia esicy. Przeważnie jednak chodzi o t. zw. procto-sigmoiditis. W niniejszym artykule nie będziemy się zajmować schorzeniem esicy, stanowiącym część zapalenia całego jelita grubego.

Skłonność esicy do schorzeń jest następstwem pewnych czynnościowych i anatomicznych właściwości tego odcinka kiszki grubej. Esica stanowi zbiorowisko kału, w którem masy kałowe pozostają przez pewien dość długi okres czasu, wskutek czego wysychają, twardnieją i traumatyzują błonę śluzową. Pozatem esica, posiadając bogate unerwienie i unaczynienie, jest szczególnie skłonna do powstawania stanów kurczowych i zapalnych procesów krwotocznych. Względnie często stwierdzamy anomalje co do postaci i ułożenia esicy, jak np. Dolicho-sigmoideum i inne, które powiększają skłonność do schorzeń.

Wreszcie 45% uchyłków ma swoje umiejscowienie w esicy. a 30% w zstępnicy. Uchyłki, które, jak wiadomo, u ludzi starszych i otyłych spotykamy częściej niż u młodych i szczupłych, mogą powodować zarówno ostre, jak i przewlekłe stany zapalne.

Objawami ostrego zapalenia esicy są: bóle miejscowe, parcie na stolec i gorączka, zaparcie, bądź też wy-

*)Odczyt, wygłoszony w Polsk. Tow. Gastrol. 16. I. 1935 r.

dzieliny śluzowe, niekiedy również krwawe i ropne. Często stwierdzamy bolesność przy palpacji i niekiedy indykanurję.

Badania endoskopowego zwykle w tych razach unikałem. W nielicznych przypadkach, w których rektoskopowałem, śluzówka była wyjątkowo czerwona, obrzękła i łatwo ulegająca urazom, oraz pokryta śluzowo-ropną wydzieliną.

S i g m o i d i t i s a c u t a jest często następstwem zalegania kału lub pozostałością po przebytej uprzednio czerwonce bądź durze rzekomym (R e s i d u a l - S i g m o i d i t i s).

Niekiedy choroba rozwija się w końcu połogu (E d l e f s e n i inni).

Raz jeden obserwowałem ostre zapalenie esicy, jako następstwo przerzutowego zawału kiszki grubej w anginie septycznej. Niekiedy sigmoiditis acuta stanowi obostrzenie przewlekłego procesu zapalnego. Obserwowałem je raz również jako następstwo zatrucia rtęcią.

Czasami w przebiegu ostrego zapalenia esicy dochodzi do r o p o w i c y e s i c y bądź do p e r i s i g m o i d i t i s a c u t a. Podobne przypadki opisali rozmaici autorzy.

W mej książce p. t. „Erkrankungen des Rectum und Sigmoideum" na str. 93 pisałem o wyżej wymienionych powikłaniach. Sam obserwowałem ich około ½ tuzina. Perisigmoiditis acuta występuje bądź jako zapalenie surowicówki włókniste, bądź jako wysiękowe.

Na tę drugą postać, która niekiedy prowadzi do dużego lewostronnego wysięku w miednicy, zwrócił uwagę już Obrazcow. Przypadki te często błędnie rozpoznaje się jako perityphlitis sinistra, bądź u kobiet jako wysięk przymaciczny. W różnicowaniu ważnem jest badanie ginekologiczne oraz wywiad. Należy jednak pamiętać, że również schorzenie ginekologiczne powodować może sigmoiditis i perisigmoiditis.

Jeżeli się chce diverticulitis uważać za przyczynę ostrego zapalenia dookoła esicy (perisigmoiditis acuta), należy uprzednio stwierdzić istnienie uchyłków.

Również rak esicy powodować może stan zapalny. Wielokrotnie spostrzegano ropnie dookoła esicy w następstwie raka. Pewnego razu rozpoznałem je mylnie u mężczyzny, któremu wy-

konano przed 7 laty doszczętny zabieg spowodu raka esicy. Przy powtórnej operacji okazało się, iż twardy wysięk składa się z mas nowotworowych — a więc mieliśmy do czynienia z przerzutem po 7 latach. Raz jeden stwierdziłem, iż przyczyną ropnia dookoła esicy była martwica lewego moczowodu z przedziurawieniem uwięzgniętego kamienia do tkanki otaczającej.

Przebieg poszczególnych przypadków ostrego zapalenia esicy i okołoesicowego bywa różny. Lekkie przypadki ostrego zapalenia esicy goją się już w ciągu kilku tygodni, bądź miesięcy przy leżeniu w łóżku, stosowaniu ciepła, diety oraz dbałości o wolne wypróżnienia, ewentualnie, o ile to jest konieczne, przy stosowaniu niedrażniących lawatyw. Ciężkie przypadki wymagają usuwania gnijących, ropnych i krwawych wydalin przez systematyczne stosowanie lawatyw. W ostrych zapaleniach okołoesicowych dochodzi niekiedy do przebicia do pęcherza (Zweig), pochwy (Schmidt, Goebel i inni). Raz jeden sam widziałem przebicie przez lewą wargę większą — w przypadku tym rozpoznawano przepuklinę.

Takie samoistne przebicia prowadzić mogą do zupełnego wyleczenia, bądź też do niecałkowitego, tworząc blizny bądź przetoki (kiszka gruba — pochwa, kiszka gruba — pęcherz). Aby tych ostatnich powikłań uniknąć, należy przypadki wysiękowego zapalenia dokoła esicy (perisigmoiditis exsudativa) — leczyć operacyjnie. Postępując w ten sposób, unikamy błędów diagnostycznych co do zapalenia wyrostka robaczkowego lewostronnego.

Częściej obserwujemy przewlekłe zapalenie esicy. Rozróżniamy 3 postacie:

1. Sigmoiditis levis, względnie simplex bądź superficialis.

2. Sigmoiditis gravis, względnie haemorrhagico-purulenta bądź ulcerosa.

3. Sigmoiditis callosa, wzgl. profunda bądź stenosicans.

Sigmoiditis levis cechują podobne kliniczne objawy, co sigmoiditis acuta, jednakże przeważnie lżejsze i bez podwyższenia ciepłoty. Esicę wyczuwamy w tych razach jako twardy i bolesny powrózek.

W kale znajdujemy, poza leukocytami, w większej ilości komórki eozynochłonne. Endoskopowo stwierdzamy zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej, która pokryta jest błonami śluzowemi; często wyraźne występowanie grudek limfatycznych (S i g m o i d i t i s g r a n u l o s a). Rentgenologicznie — znajdujemy niekiedy spastyczne stany esicy i często obrzęk fałd.

Przyczyną lekkich postaci przewlekłych zapaleń esicy jest przeważnie długotrwałe zaleganie mas kałowych w odbytnicy i esicy, na co zwracałem uwagę już przed 30 laty, oraz ucisk ich na śluzówkę; pozatem czasami dawniej przebyta czerwonka bądź dur rzekomy. Również rzeżączka i inne choroby infekcyjne mogą etjologicznie odgrywać tu rolę.

Jako postać objawowa, zapalenie to występuje w polipach bądź też w guzach w esicy i dookoła niej. Przyczyną mogą być również wysięki w przymaciczach. To też częściej obserwujemy te schorzenia u kobiet, niż u mężczyzn.

W s i g m o i d i t i s g r a v i s — spotykamy rozmaite obrazy chorobowe.

W bardzo ciężkich przypadkach — obok objawów miejscowych stwierdzamy objawy ogólnego zakażenia — posocznicę. Niekiedy nawet te ogólne objawy, pod postacią wysokiej gorączki, anemji i wyniszczenia, występują na plan pierwszy. Stwierdzamy czasami objawy przerzutowe, jak zapalenie tęczówki, zatory skórne, bóle stawowe i t. p. Z objawów miejscowych wymienić należy w pierwszym rzędzie liczne ropno-krwawe wypróżnienia. Ponieważ stwierdzamy je częściej niż owrzodzenia, zalecam raczej nazwę „p r o c t o - s i g m o i d i t i s h a e m o r r h a g i c o - p u r u l e n t a", niż „p r o c t o s i g m o i d i t i s u l c e r o s a".

Bądźcobądź należy liczyć się z tem, iż choć przy rektoskopowaniu na oglądanej śluzówce owrzodzeń nie stwierdzamy, to mogą się one znajdować wyżej, w kiszce grubej. Stwierdziłem jednak z całą pewnością, iż bywają również ciężkie postaci zapaleń esicy, które ograniczają się wyłącznie do esicy, względnie do odbytnicy i esicy.

Z drugiej strony, widziałem przypadki, w których endoskopja wykazywała obraz „p r o c t o - s i g m o i d i t i s l e v i s",

podczas gdy rentgenologicznie stwierdzono objawy ciężkiego zapalenia z owrzodzeniami w zstępnicy i poprzecznicy.

Jak podaliśmy wyżej — endoskopja niezawsze wykazuje istnienie mniejszych bądź większych owrzodzeń, zawsze jednak widzimy, że śluzówka pokryta jest ropno-krwawą bądź śluzowo - krwawą wydzieliną.

Niekiedy stwierdzamy silne stany kurczowe esicy.

Odpowiednio do ciężkości przypadku obraz krwi wykazuje mniej lub bardziej wyraźne zmiany w sensie leukocytozy z przesunięciem obrazu wlewo oraz wtórną niedokrwistość. Również opadanie krwinek jest często przyśpieszone. Przebieg w poszczególnych przypadkach jest różny. Zazwyczaj jest powolny i wykazuje skłonność do nawrotów. Tem niemniej — nie jest wyłączone wyleczenie nawet ciężkich przypadków. Widziałem np. wyleczenie u pacjentki, u której zawartość hemoglobiny spadła do 20%.

W przypadkach, nieprowadzących do zejścia śmiertelnego, udaje się często uzyskać jedynie przejście do „sigmoiditis levis", przyczem wielu z tych pacjentów uzyskuje poprawę na długi okres czasu, nawet na lata.

O patogenezie „sigmoiditis gravis" wiele dyskutowano. Jak wykazały przeprowadzone przezemnie serologiczne badania krwi, część pacjentów, mniej więcej połowa, przebyła przedtem czerwonkę bądź paratyphus. Sądzę, że te ostatnie schorzenia przygotowały jakby grunt dla nowej infekcji. Mielibyśmy zatem do czynienia z drugą chorobą (zweite Krankheit) w sensie Rössle. Być może, odgrywają tu rolę również czynniki alergiczne. Widziałem niedawno w przypadku „sigmoiditis gravis" krótkotrwały obrzęk Quincke'go na twarzy i grzbiecie ręki.

Jako odrębną postać opisywanego schorzenia wymienić należy owrzodzenie odleżynowe w esicy, spowodowane przez zalegające masy kałowe. Przypadek taki opisałem i odnośny obraz tego owrzodzenia podałem w książce mojej p. t. „Erkrankungen des Rektum und Sigmoideum". Widziałem również pacjenta, u którego masy kałowe tworzyły guz w esicy, który musiał być usunięty operacyjnie.

Sigmoiditis callosa, wzgl. infiltrativa. wzgl. profunda prowadzi zazwyczaj do zwężeń, to też może być nazywana również sigmoiditis stenoticans. W dolegliwościach subjektywnych i w obrazie objektywnym wykazuje tyle podobieństwa do raka esicy, że mogą tu zachodzić poważne błędy rozpoznawcze. To też nazywa się to schorzenie również pseudo-rakiem (Lindner). Niekiedy rozpoznanie różnicowe udaje się dopiero przy pomocy próbnego wycinka w rektoskopie. W badaniu histologicznem tego wycinka wartość diagnostyczną ma jedynie dodatni obraz, charakterystyczny dla raka. W niektórych przypadkach długi okres trwania choroby budzi wątpliwości co do raka.

Sam pamiętam 2 przypadki, w których stan poprawił się bez operacji. Jeden z tych pacjentów zmarł spowodu zapalenia płuc w 8 lat po założeniu sztucznego odbytu (anus praeternaturalis).

Guzowata postać głębokiego zapalenia esicy powstaje przeważnie z kombinacji sigmoiditis chronica i perisigmoiditis fibrosa chronica i dość często jest następstwem diverticulosis.

Wymieniona postać zapaleń esicy stanowi jednostkę odrębną, i nie należy mieszać jej ze zwężeniami, spowodowanemi przez czerwonkę, kiłę lub gruźlicę.

Widziałem raz powrózkowate zwężenie esicy, której ściana była twarda; jak to wykazał dodatni wynik próby Frey'a, było ono spowodowane przez ziarnicę pachwinową (lymphogranulomatosis inguinalis).

To ostatnie schorzenie, jak to gdzieindziej wykazałem, odgrywa dużą rolę w powstawaniu zwężeń odbytnicy. W powyższym jednak przypadku brak było typowego zwężenia odbytnicy.

Leczenie sigmoiditis levis polega na stosowaniu środków, powodujących wolny stolec oraz na usuwaniu nazewnątrz wydzielin jelita schorzałego, a więc preparatów parafinowych i oczyszczających lawatyw, niekiedy z oliwy. W przypadkach, w których wystarcza już niewielka ilość oliwy, stosuję od wielu lat czopki z masła kakaowego. Znane są one w sprzedaży jako „Gigante-Suppositoria". Adstringentia stosujemy tylko w bardzo lekkich roztworach; przeważnie stosuję lawatywy z aqua calcis 1 : 10.

Ze środków pokrywających wchodzą w rachubę lawatywy z dermatolu (½ łyżeczki herbacianej w mucil. gummi arabici) — 50 cm³, albo aluminium subtilissime pulvérat. (2 g. w 200 cm. salep. decoct — również 50 cm³).

W Procto-sigmoiditis gravis stosujemy środki wyżej wymienione z dodatkiem lawatyw dezynfekujących, np. rivanol 1 : 5000, bądź hemostatycznych, np. ferripyrin (50 cm³ roztworu 2%) — suprarenin, clauden, coagulen. Lawatywy hemostatyczne każemy choremu przez pewien czas zatrzymać w odbytnicy. Zaznaczyć należy, że lawatywy dezynfekujące wielkich rezultatów nie dają. W przypadkach, będących następstwem czerwonki, warto spróbować lawatyw z yatrenu 105 w ilości 100—200 ccm w stężeniu ¼—½%, podając jednocześnie doustnie yatren (4 pigułki dziennie à 0,25). Leczenie szczepionkami, zalecane przez rozmaitych autorów, szczególnie Bjorgbjärg'a, nie dawało mi żadnych rezultatów. W razie, gdy powyższe środki lecznicze zawodzą, należy uciec się do przetaczania krwi. Od chwili ogłoszenia przezemnie tej metody leczenia mam w obserwacji 28 przypadków, którym dokonano transfuzji w ilości 400—600 ccm krwi. Niektórym chorym wykonano ją kilkakrotnie. Spośród tych 28 chorych — było 12 bardzo ciężkich przypadków i 16 — ciężkich. Leczenie to dało rezultaty dobre w 3 bardzo ciężkich i w 8 ciężkich przypadkach.

Wyniki te nie są, coprawda, przekonywujące, lecz odpowiada to temu, co już w swoim czasie pisałem: „nie mam nadziei, aby ten sposób leczenia colitis gravis prowadził we wszystkich przypadkach do wyleczenia, gdyż różne są ciężkość i patogeneza poszczególnych przypadków".

O ile wielokrotne transfuzje zawodzą, należy się uciec do zabiegu operacyjnego. Po t. zw. przetokach wewnętrznych nie należy spodziewać się dobrych wyników, gdyż mamy do czynienia również ze schorzeniem odbytnicy. W rachubę wchodzą z jednej strony colostomia, z drugiej appendicostomia. Ta ostatnia prowadzić może do obliteracji wyrostka. Najlepiej założyć jest przetokę w coecum, ponieważ nie można z całą pewnością stwierdzić, czy schorzenie ogranicza się jedynie do esicy i czy nie jest wciągnięty również wyżej położony odcinek jelita grubego.

Zabieg gruntowniejszy polega na założeniu sztucznej rzyci (anus praeter-naturalis); w ten sposób usunięte zostają gazy i uniemożliwione zetknięcie się kału ze schorzałą śluzówką.

Wskazania do colostomji, jak i do sztucznej rzyci stawiam indywidualnie, gdyż raz po wykonaniu tego zabiegu widziałem zejście śmiertelne, które, jak wykazała obdukcja, niezależne było od przyczyn miejscowych.

Lecz również i przy pomocy zabiegów chirurgicznych osiągałem trwałą poprawę tylko u pewnej ilości pacjentów; bądźcobądź w przypadkach średnio-ciężkich operacja dawała wyniki dobre.

Zestawiając wyniki wszystkich operowanych, stwierdzić możemy, że w połowie przypadków spodziewać się możemy dobrych rezultatów.

Należy jednak pamiętać, że również bardzo ciężkie przypadki mogą ulec poprawie i bez zabiegu operacyjnego.

Po założeniu sztucznej rzyci — płókania należy robić pod niskiem ciśnieniem. Sztuczny odbyt powinien pozostać otwarty przez względnie długi okres czasu (niekiedy całe lata). Przykry zapach wydalanej przez otwór zawartości można zmniejszyć przez podawanie węgla.

Leczenie miejscowe przy pomocy rektoskopu stosuję obecnie rzadko i jedynie w ściśle zlokalizowanych i ograniczonych procesach.

W sigmoiditis callosa-profunda — założenie sztucznego odbytu jest wskazane w razie istnienia objawów zwężenia. W 2-ch przypadkach, w których objawy stenotyczne były niewielkie, zaniechałem zabiegu operacyjnego i dbałem jedynie o dokładne wypróżnienia. W przypadku ziarnicy pachwinowej (lymphogranulomatosis inguinalis) — osiągnąłem rezultat przy pomocy solganalu.

Naogół należy przestrzegać przed rozdymaniem jelita, nawet pod kontrolą endoskopu.

Reasumując, stwierdzić możemy, że dość duży postęp w tej dziedzinie zawdzięczamy prokto-sigmoskopji i badaniu rentgenowskiemu. Dzięki tym ostatnim badaniom jesteśmy obecnie w stanie dokładniej rozpoznawać, a tem samem skuteczniej leczyć te schorzenia.

Przełożył z niemieckiego

Dr. *Józef Nusbaum* (Warszawa).

Sprawozdanie z I-go Międzynarodowego Zjazdu Gastro-Enterologów w Brukselli w roku 1935.

Podał

Dr. med. B. WEJNERT.

W połowie sierpnia r. b. odbył się w Brukselli I-szy Międzynarodowy Zjazd Gastro- enterologów w obecności 600 przeszło uczestników z 33-ch krajów. Wygłoszono 13 referatów programowych. W dyskusji zabrało głos 86 mówców, ograniczających swe przemówienia ściśle do dwóch tematów programowych: Les gastrites (nieżyty żołądka) i Les colites graves ulcéreuses non amibiennes (nieżyty wrzodziejące ciężkie jelita grubego pochodzenia nie pełzakowatego).

Po otwarciu Kongresu przez prezesa zjazdu, prof. Szoemakera z Hagi i po oficjalnych powitaniach pierwszy zabrał głos w sprawach naukowych prof. Hurst z Londynu. Przemówienie jego dotyczyło etjologji, objawów, rozpoznania i leczenia nieżytów żołądka.

F. Hurst (Londyn) wylicza główne przyczyny nieżytów żołądka. Schorzenie to uszkadza czynność wydzielniczą gruczołów, wywołując obniżenie kwasoty zarówno w przypadkach nadkwaśności, jak i niedokwaśności i doprowadza niewątpliwie do wrzodu żołądka lub dwunastnicy. Z drugiej strony konstytucjonalna niedokwaśność wywołuje wreszcie bezkwaśność, powodującą utrzymywanie się bakteryj w żołądku i w jelicie czczem. Zakażenie tego jelita i brak trawienia peptycznego doprowadza do nieżytu jelit.

a wtórnie wstępujące zakażenie dwunastnicy jest *najważniejszą przyczyną* zapalenia woreczka żółciowego.

Brak antyseptycznego działania kwasu solnego ułatwia zakażenie durami, czerwonką amebową i bakteryjną, a także cholerą. pozatem niedostateczne przyswajanie żelaza z pokarmów jest często przyczyną wtórnej anemji. Rak nigdy nie rozwija się w zdrowym żołądku. Jeżeli istnieje kwas solny, wówczas rak jest skutkiem złośliwego zwyrodnienia chronicznego wrzodu, przy braku kwasu jest skutkiem nieżytu bezkwasowego, a nie odwrotnie. Częstość występowania raka żołądka zmienia się zależnie od płci, różnych warstw społecznych i krajów. Autor sądzi, że możność usunięcia przyczyn, wywołujących nieżyty żołądka, pozwoliłaby również usunąć nietylko wrzody dwunastniczo-żołądkowe, anemję złośliwą, ale także raka żołądka.

Prof. Zweig (Wiedeń) stwierdza na zasadzie niektórych danych, że podstawą do rozwoju raka są nieżyty. Sądzi on, że nieżyt chroniczny rozwija się naskutek zatrucia pochodzenia zewnętrznego (alkohol, stałe używanie środków czyszczących, oparzenia), lub wewnętrznego (choroby wątroby lub dróg żółciowych). Odróżnia on 3 rodzaje nieżytów: gastritis hyperacida (15% przyp.), gastritis anacida (28% przyp.) i achylia gastrica (12% przyp.).

Najlepszym sposobem badania jest gastroskopja, chociaż nie daje się zastosować w praktyce codziennej. Rozpoznanie opiera się na wywiadach, stwierdzeniu zaburzeń wydzielniczych w żołądku, zmianach morfologicznych, obecności śluzu oraz badaniach gastroskopowych i rentgenologicznych.

Prof. H. H. Berg (Hamburg) omawia badania rentgenologiczne. Twierdzi on, że zmiany w obrazie żołądka występują tylko wówczas na zdjęciu, gdy powodują znaczne zniekształcenia w płaszczyźnie powierzchni i zmiany w konsystencji żołądka. Nawet niewielki odcinek takiego zdjęcia, posiada niewątpliwe znaczenie diagnostyczne.

Rentgenolog musi różniczkować między a) elastyczną zmieniającą się fałdzistością zdrowego żołądka, i b) fałdzistością sztywną, zmienioną, dochodzącą aż do zgrubienia plastycznego, ewentualnie do nowotworowego stwardnienia. Jeżeli konsystencja żołądka

jest zmieniona, wówczas występują także inne objawy, np. obrzęk. Nadżerki zazwyczaj nie dają się stwierdzić. Przy wielkiej ilości śluzu obraz jest zamglony i ostre zarysy fałd zamazane.

Przerost fałd przy jednoczesnem ich zesztywnieniu jest niewątpliwą cechą rozpoznawczą, a koncentryczne ich wzniesienie często daje obrazy przypominające raka. Górne płaszczyzny o wyglądzie polipowatym i krętym stanowią obraz bardzo charakterystyczny. Zanik, niezawsze jest jednoznaczny z kurczeniem się fałd. Doświadczenie wskazuje na ścisły związek wrzodu z nieżytem żołądka.

O anatomji patologicznej nieżytów żołądka mówi Fr. M o u t i e r. Przytacza on zmiany, występujące we wszystkich rodzajach tkanek, a więc w gruczołach wpustu i dna i gruczołach zamkniętych, w tkance elastycznej i tkance chłonnej, w mięśniu i w tkance nerwowej, tak bogatej w węzły, często podlegające zwyrodnieniu. Autor sądzi, że przerost komórek kwasowych występuje o wiele rzadziej niż się przypuszcza, ponieważ śluzówka ulega bądź zmianom martwicowym i łącznotkankowym, bądź traci swe zróżniczkowanie i kielichowaty charakter komórek. Wszystkie nieżyty prowadzą ostatecznie do nieżytu zanikowego. Śluzówka jest miejscem rozwoju różnych owrzodzeń: płaskich, powierzchownych, głębokich, drążących. Badanie procesów bliznowacenia wykazuje dążenie nabłonka do pokrycia szczególnie wrażliwej tkanki łącznej. Autor kładzie nacisk na związek między nieżytem zanikowym, zapaleniem śledziony i rakiem w dwóch głównych jego postaciach. Również zwraca uwagę na związek między nieokreślonemi jeszcze niedomaganiami żołądkowemi, a przypadkami ciężkich anemij o typie złośliwym lub nadbarwliwym i zespołami metanemicznemi (zapalenie języka, swędzenie i t. p.). Wreszcie podkreśla ścisłą analogję, jaka istnieje między śluzówką żołądka i skórą. Budowa mezenchymy i nabłonka pokrywającego pozwala przypuszczać, że objawy alergiczne żołądka muszą występować często i że żołądek odgrywa rolę w ogólnej równowadze organizmu.

Prof. L i o n (Paryż) rozpatruje z punktu widzenia klinicznego i anatomo-patologicznego wartość diagnostyczną badań biochemicznych w różnych nieżytach żołądka. Klinika posługuje się dla ustalenia różnych zespołów biologicznych porównaniem objętości

wydobytej zawartości żołądka z jej koncentracją i stwierdza w ten sposób zaburzenia w wydzielaniu i wydalaniu, a dzięki analizie chemicznej określa składniki. Zależnie od rodzaju zaburzeń w chemizmie żołądka można podzielić nieżyty na hiperpeptyczne, hipopeptyczne i apeptyczne.

W tablicy uszkodzeń anatomicznych, ogłoszonej w sprawozdaniu, znajdują się skrajne grupy nieżytów, a mianowicie: z jednej strony grupa nieżytów kombinowanych - zanikowych i mieszanych, blizkich zaniku, w ilości 26,7% przyp. Uszkodzenia są bardzo wybitne: grubość śluzówki waha się od 215 do 385 w połowie przypadków, w drugiej połowie przekracza 400 . Gruczoły są rzadkie, miejscami zanikłe, wydzielanie i przemiana chemiczna znacznie upośledzone. W drugiej grupie znajdują się przypadki nieżytów miąższowych (6,3% przyp.); grubość śluzówki waha się od 925 do 1031 . Gruczoły przerosłe, komórki wypełnione, śluzówka przekrwiona, wydzielanie soku żołądkowego bardzo intensywne, dające silne odczyny, charakteryzujące hiperpepsję.

Między temi skrajnemi grupami znajduje się grupa nieżytów mieszanych bez zaniku (49,29% przyp.) o grubości śluzówki od 600 do 1054 . Czynność biochemiczna w tej grupie przypadków waha się od mniej lub bardziej wyraźnej hipopepsji do wybitnej hiperpepsji i nadkwasoty. W pewnych przypadkach tej grupy występuje dość wybitna degeneracja wodniczkowa i może powstać silna hipopepsja, a nawet apepsja z minimalnemi uszkodzeniami i nacieczeniami śródtkankowemi.

Wreszcie o leczeniu chirurgicznem mówią prof. K o n j e t z n y i Prof. P a c h o u d.

Prof. G. E. K o n j e t z n y (Hamburg) sądzi, że zagadnienie, czy istnieją wskazania do operacyjnego leczenia nieżytów, nie jest jeszcze rozwiązane. Dla zadawalającej odpowiedzi należałoby się opierać na pierwotnych stanach anatomopatologicznych. Ostra gastro-duodenitis, z owrzodzeniami lub bez, należy niewątpliwie do leczenia wewnętrznego i może być obecnie bez żadnych wątpliwości rozpoznana. Dla przypadków gastritis chronica istnieje wskazanie częściowej rezekcji. Operacja radykalna jest potrzebna w ograniczonym przeroście śluzówki, polipach i różnych postaciach przerostowego dobrotliwego zwężenia wpustu. Czy można

zastosować leczenie chirurgiczne w innych przypadkach, np. w nieżycie zanikowym z wielkiemi zaburzeniami? Odpowiedź jest problematyczna.

W przypadkach ostrego i podostrego gastro-duodenitis rezekcja żołądkowo-dwunastnicza i jakakolwiek inna operacja nie są wskazane. Leczenie lekarstwami jest bardziej skuteczne. Wyniki, otrzymane po rezekcji w przerostach śluzówki lub zgrubieniach ścianki żołądka, nie mogą być oceniane na zasadzie subjektywnych zaburzeń, odczuwanych przez pacjentów po operacji.

Henri P a c h o u d (Lozanna) stwierdza, że leczenie jest ustalone w gastritis acuta i phlegmonosa. Czy gastritis chronica jest niewątpliwem podłożem dla powstawania owrzodzeń? Autor sądzi, że najważniejszy jest czas powstania owrzodzeń. Rozpatruje on różne teorje powstawania wrzodu żołądkowo-dwunastniczego, nie mogąc wyciągnąć z nich wniosków, któreby przemawiały na korzyść zabiegu chirurgicznego w gastritis chr. Rozważa różne metody diagnostyczne i przyznaje wartość endoskopji współczesnej, która jednak nie daje wskazań do zabiegu chirurgicznego.

Wskazania operacyjne w przypadkach gastritis chronica są te same co dla wrzodu żołądkowo-dwunastniczego. W pewnych rzadkich, określonych przypadkach potrzebna jest interwencja chirurgiczna, pomimo braku umiejscowionych uszkodzeń. Sprawozdanie kończy się ogólnemi rozważaniami o teorji humoralnej powstawania wrzodu.

W sprawie drugiego tematu programowego (nieżyty wrzodziejące ciężkie jelita grubego, pochodzenia nie pełzakowatego) zabrał głos pierwszy prof. G a l l a r t - M o n e s z Barcelony.

Wydziela on z prac o etjologji colitis ulcerosa badania, według których schorzenie to jest wynikiem zakażenia bakteryjnego. Z pośród różnych gatunków bakteryj, uważanych za czynniki wywołujące, bierze autor pod uwagę tylko grupę paciorkowców. Bezpośrednie badania bakterjologiczne materjału, pobranego z miejsc uszkodzonych w jelitach, wskazują na niewielką ilość zarazków. Hodowla z wyskrobin chorej śluzówki na pożywce Rosenowa oraz powtórne posiewy na tej samej pożywce doprowadzają stale do wyodrębnienia bakteryj w postaci krótkich łańcuszków lub diplostreptokoków, które odrazu posiadają te same cechy charakterystyczne,

jakie zauważył Bargen. Dalsze badania bakterjologiczne, przeprowadzone w/g metody Browna, doprowadziły do następującej klasyfikacji: Streptococcus faecalis, mitis, saprophyticus, salivarius etc., przytem można je również znaleźć u osobników zdrowych lub cierpiących na inne schorzenia. Diplostreptococcus colitis ulcerosae Bargena odpowiada streptococcus mitis w/g klasyfikacji Browna. Zarazek ten, jak i większość diplostreptokoków, znajdowanych w colitis ulcerosa, wywołuje u królika proces chorobowy, który nie występuje, jeżeli te same zarazki pochodzą od osobników zdrowych. Otrzymany obraz chorobowy w większości przypadków nie odpowiada jednak colitis ulcerosa.

Zakażenie królika na drodze dożylnej zapomocą emulsji z wyskrobin chorej śluzówki w roztworze soli i przefiltrowanej przez świecę L3 może wywołać schorzenie doświadczalne z uszkodzeniami dość podobnemi do tych, jakie powodują same zarazki. Zakażenie można powtarzać serjami, co dowodzi, iż jest ono wywołane przez virus, przechodzący przez filtr; może on także występować u osobników zdrowych.

Kliniczny i rektoskopowy obraz colitis ulcerosa jest bardzo charakterystyczny pod względem diagnostycznym, również rentgenoskopja jest bardzo pomocna. Autor przytacza powikłania, które bardzo często stwierdzał, oraz dowodzi, że rozwój choroby może przybrać postać ostrą lub chroniczną, przytem przyznaje, że leczenie jest mało skuteczne i należy się zadowolić zwalczaniem objawów, gdyż leczenia swoistego jeszcze niema.

Prof. I. Snapper (Amsterdam) określa colitis ulcerosa jako zapalenie okrężnicy z tworzeniem się owrzodzeń, których przyczyna nie jest znana. Rozpoznanie swoje opiera na następujących danych: a) wywiad, b) badanie makro- i mikroskopowe kału (biegunka krwawa, śluz, ropa), możność wyłączenia czerwonki bakteryjnej i amebowej, gruźlicy, zapalenia uchyłka, zespołu płciowo-odbytniczego, zapalenia jelita krętego, owrzodzeń mocznicowych i wreszcie raka odbytnicy i esicy, d) anemja przy typowym wyglądzie okrężnicy i zwiększonej szybkości opadania krwinek, e) typowy wygląd okrężnicy i pętli esicy przy rektoskopji, f) typowy obraz rentgenologiczny jelita po lawatywie barytowej. Autor nie jest optymistą i sądzi, że leczenie powinno polegać na leżeniu w łóżku,

diecie posilnej i lekko strawnej oraz zastosowaniu ciepła na brzuch. Radzi nie przeceniać leczniczego wpływu różnych lekarstw, lawatyw i szczepionek, gdyż wszystkie środki nie mają wielkiego znaczenia w przypadkach ciężkich, w których jest także zajęty odcinek wstępujący okrężnicy. Dlatego też często internista jest zmuszony do współpracy z chirurgiem w leczeniu tego schorzenia.

Prof. V. Dall'Acqua (Medjolan) rozpatruje zagadnienie diagnostyki rentgenologicznej w nieżytach okrężnicy i dochodzi do następujących wniosków:

1) Stany zapalne okrężnicy, polegające na zmianach w budowie śluzówki, mogą być wykryte rentgenologicznie tylko przez badanie powierzchni wewnętrznych okrężnicy.

2) Niemożliwe jest porównywanie zdjęć na człowieku żywym ze zdjęciami na trupie.

3) Różnorodność obrazów rentgenologicznych w nieżytach tłumaczy się wpływem zmian czynnościowych; ta sama przyczyna powoduje różnorodne obrazy tej samej okrężnicy przy zdjęciach robionych w krótkich odstępach czasu.

4) W zdjęciach rentgenologicznych zmiany w składnikach morfologicznych śluzówki są tem widoczniejsze i jaskrawsze, im silniejszy jest odczyn zapalny śluzówki wewnętrznej.

5) Często w lekkich stanach zapalnych dokładne badanie zdjęcia nie wykazuje cech odmiennych od zdjęć charakterystycznych dla okrężnicy normalnej.

6) Przeciwnie w ciężkich przypadkach colitis ulcerosae powstają w ściance wewnętrznej okrężnicy zmiany w budowie, stwierdzalne na zdjęciu.

7) Interpretacja niektórych zmian, które są prawdopodobnie wynikiem ubytków w ściance, może wskazać na istnienie nieżytu wrzodziejącego.

8) Zagadnienie różnicowania owrzodzeń pochodzenia amebowego od owrzodzeń pochodzenia toksycznego wymaga dalszych badań.

9) Specyficzne zapalenia okrężnicy nie wywołują w obrazie wewnętrznym zmian charakterystycznych. Umiejscowienie może być pomocne przy rozpoznaniu.

10) Badanie obrazu wewnętrznego, dające możność bezpośred-

nego oglądania uszkodzenia, daje wskazówki co do jego pochodzenia i rozmiarów.

11) Zmiany ilościowe i jakościowe wydzieliny jelitowej, powstające w stanach zapalnych, wywierają wpływ ujemny na zdjęcie wewnętrzne.

12) Zmiany ruchomości jelita grubego nie są miarodajne dla stanów zapalnych okrężnicy.

Prof. Bj. V i m t r u p (Kopenhaga) jest zdania, że autopsja daje najlepsze pojęcie o intensywności i rozległości owrzodzeń, ze względu jednak na zmiany pośmiertne należy przeprowadzać badanie natychmiast po śmierci.

Pod względem histologicznym jest colitis ulcerosa pierwotnem uszkodzeniem śluzówki, głównie naczyń krwionośnych i tkanki łącznej, z podrażnieniem nabłonka. Najważniejszym objawem jest powstawanie nadżerek naskutek zniszczenia sklepień przez przenikanie tam leukocytów. Erozje stają się coraz głębsze i dochodzą często do podśluzówki, gdzie mogą powstawać zlewające się ropnie z przebiciem do światła jelit. W przeciwieństwie do panującego zdania, stwierdził autor na brzegu owrzodzeń wielką ilość leukocytów, pas martwicy włóknistej, pas tkanki przekrwionej, zawierającej liczne poliblasty i pas podśluzówki, bogatej w fibrocyty i włókienka, jednak bez widocznego stwardnienia. Mięśniówka zostaje dobrze zachowana przez czas dłuższy. W przypadkach ostrych zostaje również zajęta obnażona mięśniówka, tkanka łączna jest obrzękła, naczynia krwionośne rozszerzone, wokół naczyń liczne limfocyty i leukocyty wielojądrzaste. W komórkach mięśniowych zmiany degeneracyjne. Gdzieniegdzie naokoło wielkich naczyń nacieczenie dochodzi do tkanki podsurowiczej. Tkanka surowicza może być uszkodzona w różnym stopniu. W przypadkach chronicznych stwierdza się powstawanie ograniczonej, bogatej we włókienka, ziarniny, zastępującej podśluzówkę na obnażonej mięśniówce. Brzegi owrzodzeń występują wyraźnie i pokrywają się nabłonkiem.

M. F. G o i f f o n (Paryż) twierdzi, że zmiany w wyglądzie kału stanowią najważniejszą cechę zmian biochemicznych w colitis ulcerosa. Do analizy chemicznej należy wykrycie anormalnych składników wydzielanych przez owrzodzenia do jelit. Przedewszystkiem należy stwierdzić obecność krwi, następnie zapomocą prostych

sposobów, wykrytych przez autora, przerobić badania na rozpuszczone albuminy, wreszcie wykryć ropę przez mierzenie katalazy. Należy również zbadać jeszcze inne zmiany w trawieniu, florę bakteryjną oraz możliwość dodatkowego zapalenia banalnego. Zmiany w płynach ustrojowych i w moczu są tylko dodatkowe i są spowodowane raczej objawami wtórnemi niż samemi owrzodzeniami.

Prof. M a r i o D o n a t i (Medjolan) jest stronnikiem leczenia lekarstwami większości ciężkich przypadków colitis ulcerosa pochodzenia nie amebowego. Leczenie chirurgiczne należy pozostawić dla przypadków opornych na leczenie lekarstwami oraz w rozmaitych powikłaniach. Należy odróżniać dwa rodzaje zabiegów: zabiegi chirurgiczne pośrednie w celu leczenia ognisk przypuszczalnych lub wykazanych jako przyczyna zapalenia, i zabiegi bezpośrednie na jelicie. Zabiegi chirurgiczne pośrednie mogą się odnosić do zębów, jamy ustnej, żołądka, dwunastnicy, samej okrężnicy, wyrostka robaczkowatego, prostnicy, otrzewnej, pęcherzyka żółciowego, macicy i jej przydatków, narządów moczowych. Zabiegi chirurgiczne bezpośrednie są to: a) enterostomje, wśród których wycięcie wy rostka rob. zajmuje ważne miejsce, b) zespolenia, c) rezekcja okręż nicy (kolektomja częściowa).

Do chirurgji należą również najrozmaitsze powikłania i skutki nieżytów okrężnicy. Technika operacyjna nie zawiera specjalnych metod, najważniejszem zagadnieniem jest wskazanie do operacji. Należy brać pod uwagę operacje robione odrazu i w kilku odstępach czasu, szczególnie gdy chodzi o kolektomje częściowe. W tych wypadkach operacja w kilku odstępach czasu jest najbardziej wskazana, za wyjątkiem, gdy chodzi o kolektomję prostą, w której należy zrobić całą operację odrazu.

Teraz kilka słów o stronie ideowej Zjazdu, która była może ważniejszą nawet od naukowej. Podczas trwania Kongresu utworzono Międzynarodowe Tow. Gastro-enterologiczne i akt erekcyjny został podpisany przez przedstawicieli 33-ch narodowości i zatwierdzony przez plenum Zjazdu. Zarówno ten fakt, jak i sam Zjazd, tak liczny pod względem ilości uczestników i pod względem przemówień długiego szeregu znakomitości lekarskich, mają dla rozwoju Gastro-enterologji znaczenie decydujące. Nastąpił na terenie mię-

dzynarodowym epokowy zwrot, kładący kres wszelkim debatom na temat potrzeby, czy też zbędności wyodrębnienia Gastro-enterologji w osobną specjalność.

Godnym zaznaczenia jest fakt, że we wszystkich niemal przemówieniach podkreślono konieczność współpracy internistów - gastrologów z chirurgami, rentgenologami, biochemikami i anatomopatologami. W myśl tych przemówień do Międzynar. Tow. Gastroenterologicznego wejdą przedstawiciele wszystkich powyższych specjalności. Z prawdziwą przyjemnością miałem możność poinformować Członków Zjazdu, iż nasze Polskie Tow. Gastrologiczne od chwili swego powstania na tych właśnie zasadach współpracy jest oparte.

Podkreślenie w mem przemówieniu okoliczności, że Pol. Tow. Gast. jest n a j s t a r s z ą w E u r o p i e organizacją tego typu spotkało się z hucznym aplauzem całej sali.

Sprawozdanie ze Zjazdu Międzynarodowego w Karlsbadzie w r. 1935.

Podał
Dr. M. REICHERT.

Gdy dawniej zjazdy Karlsbadzkie cieszyły się znaczną frekwencją, zjazd tegoroczny różnił się od poprzednich tem, że liczba uczestników znacznie zmalała, bo z 800 spadła do 200. Faktem tym, jakoteż faktem zubożenia Karlsbadu jako miasta (deficyt budżetowy, spadek liczby kuracjuszów o 50%, duża liczba bezrobotnych i t. d.), tłumaczy się skromna zewnętrzna szata zjazdowa. Dla przykładu przytoczymy, że gdy dawniej lekarzy przyjezdnych umieszczano prawie bezpłatnie, w r. b. tylko pewna część gości mogła skorzystać z tego przywileju (prelegenci, sprawozdawcy pism i t. d.).

Jakkolwiek m. Karlsbad starało się, jak zwykle, otoczyć przyjezdnych lekarzy opieką i gościnnością (podwieczorek u Puppa, przejazdy kolejką górską i t. d.), to jednak zarząd zjazdu zmuszony był brać od uczestników kolacji wspólnej po Kc. 22.—

Organizacja zjazdu naogół była dobra, posiedzenia odbywały się punktualnie, chociaż sala wybrana została nieakustyczna, sąsiadująca z hałaśliwą wystawą farmaceutyczną. Poziom wykładów średni. Wyjątek stanowił dzień, specjalnie poświęcony nieżytowi żołądka. Wyjątkowo na tym zjeździe i wyłącznie dla tematu „gastritis" pozwolono na dyskusję, ale dyskutować mieli prawo tylko 4 prelegenci tematu gastritis, podczas kiedy zwykli uczestnicy mogli tylko piśmiennie podawać pytania na 4 godziny przed dyskusją, na które odpowiadał rzeczowo B e r g. W dyskusji okazało się, że A s c h o f f zwalczał poglądy K o n j e t z n e g o i przeciwnie; każdy z nich został przy swoim poglądzie na istotę powstawania owrzodzenia i na rolę soku żołądkowego, czego dowodem ostatnie zdanie siwego Aschoffa „a j e d n a k k w a s s o l n y ż r e".

Językiem prelegentów był wyłącznie język niemiecki. Nawet Czech prof. Gawalowsky po czesku tłumaczył się, że będzie przemawiał po niemiecku. gdyż gros słuchaczy zna język niemiecki.

Międzynarodowość zatem zjazdu polegała wyłącznie na tem, że zaproszeni zostali prelegenci różnych krajów, prof. Pewzner z Moskwy, Antic z Beelgradu, Baltaceanu z Bukaresztu, Jonscher z Poznania i t. d.

Prof. Antic — Belgrad. O wartości rozpoznawczej sprowokowanej hiperglikemji i galaktozurji w chorobach wątroby.

Prelegent postawił sobie za zadanie sprawdzenie wartości diagnostycznej hiperglikemji i galaktozurji, uzyskanej na drodze pokarmowej. Obserwacje odnosiły się do stu przypadków u ludzi zdrowych i z różnorakiemi chorobami wątroby. Wnioski ostateczne autora są nastąpujące:

1) użycie 150 g. zamiast używanych 50 g. daje wyniki diagnostyczne bardziej ścisłe i wyraźniejsze,

2) w krzywej, uzyskanej podczas sprowokowanej hiperglikemji, większą wartość diagnostyczną posiada trwanie hiperglikemji ponad 2 — 3 godz. niż jej najwyższe wzniesienie się,

3) próbie galaktozowej Bauera przypisuje autor dość ograniczone znaczenie, wypada ona bowiem dodatnio tylko w 9-ciu % przypadków w marskości wątroby i tylko w 39-ciu% przypadków w żółtaczce miąższowej. Próba Bauera posiada większą wartość od sprowokowanej hiperglikemji w żółtaczce miąższowej, w marskości wątroby rzecz ma się odwrotnie,

4) niekiedy próba ta może okazać się pomocną w różnicowaniu raka główki trzustki i raka brodawki Vatera.

5) próba wykazała dodatni wpływ wód alkalicznych (Karlsbad, Vichy, Rohitsch, i t. d.) na glikoregulacyjną funkcję wątroby przez zwiększenie cholerezy i cholekinezy oraz pobudzenie układu wysepkowego.

Autor radzi oceniać krytycznie wyniki próby i dla ustalenia rozpoznania nie zapomnieć o objawach klinicznych, wywiadzie, badaniach dodatkowych, jak rentgen, zgłębnik dwunastniczy, przyczem przypomina o prostej, a jednak bardzo wartościowej próbie na urobilinę i urobilinogen w moczu.

Profesor Baztaceanu — Bukareszt. Leczenie chorób wątroby i pęch. żółc. ze specjalnem uwzgl. balneoterapji.

Autor podkreśla znaczenie żywienia, leczenia farmaceutycznego, a szczególnie kuracji wodami mineralnemi. Na całym szeregu przypadków autor wykazał wpływ wód mineralnych na objętość wątroby, pęcherzyka żółciowego, na wydzielanie się żółci, wreszcie na ciśnienie i oddech. Wykazuje on wyższość wód karlsbadzkich nad innemi, gdyż powodują one wzmocnienie fizjologicznych skurczów oraz silnie pobudzają wydzielanie się żółci.

Prof. Porges — Wiedeń. Katar jelit cienkich — Enteritis sine colitide.

Chorobę tę uważa prelegent za bardzo częstą, jednak bardzo rzadko rozpoznawaną, a to ze względu na objawy, które często zupełnie nie wskazują na okolicę jelit, jako siedlisko choroby. Autor stwierdzał przypadki ze skargami na wybitne zmęczenie, senność, zawroty głowy po jedzeniu, silne bicie serca, nawet zapaść lub utratę przytomności po większym posiłku. Ten ostatni objaw nazwał prelegent wstrząsem jelitowym. W innych przypadkach uskarżają się chorzy na objawy żołądkowe — epigastralgiae, odbijania, skłonności do wymiotów. Czasami występują bóle o charakterze kolki w lewej górnej połowie brzucha, przypominające wrzód trawienny. Wreszcie podaje prelegent przypadki z niedokrwistością niedobarwliwą. Oto, według autora, charakterystyczne cechy rozpoznawcze nieżytów jelit cienkich:

1) przeczulica skórna okolicy wlewo od pępka, ew. wlewo od ostatniego kręgu piersiowego i pierwszego lędźwiowego,

2) zwiększona ilość mydeł tłuszczowych w stolcu,

3) rentgenologiczne stwierdzenie przyspieszonego opróżniania się jelit cienkich.

Często enteritis trwając dłużej, wikła się:

1) przejściem sprawy zapalnej na jelito grube, z biegunkami.

2) zapaleniem języka i jamy ustnej.

3) swędzącemi wypryskami, pokrzywkami i t. d.

4) schorzeniami dróg żółciowych, jako skutkiem przeniknięcia bakteryj przez żyłę bramną do wątroby i dróg żółciowych.

Leczenie polega na diecie wolnej od drzewnika oraz na podawaniu środków ściągających. Wskazane jest również leczenie wodami mineralnemi (Karlsbad).

Prof. J o n s c h e r — Poznań. G ł ó w n e b ł ę d y d i e t e t y c z n e i i c h n a s t ę p s t w a w w i e k u d z i e c i ę c y m.

Błędy dietetyczne wieku dziecięcego uzależnia prelegent od nieodpowiedniego składu pożywienia:

1) pod względem ilościowym (przekarmianie, niedożywianie),
2) pod względem jakościowym (żywienie jednostronne),
3) od błędów w przyrządzaniu pokarmów,
4) od błędów w sposobie podawania.

W obszernym referacie omówił prelegent wszystkie powyższe błędy w dietetyce dziecięcej.

Prof. A s c h o f f — Freiburg. N i e ż y t ż o ł ą d k a z p u n k t u w i d z e n i a a n a t o m o - p a t o l o g i c z n e g o.

Histologję gastritis zawdzięczamy Konjetznemu i Puhlowi, gdyż oni to wprowadzili pojęcie antrumgastritis. Materjał czerpali z wyciętych żołądków. W dalszym ciągu trwa spór co do przyczyn powstawania tego cierpienia. Gdy z jednej strony Konjetzny wyłącza żrące działanie soku żołądkowego, wvkazuje Buechner z grupą swoich współpracowników wpływ żrącego działania kwasu solnego.

Podobne rezultaty uzyskali zresztą Puhl i inni. Dane powyższe potwierdzone zostały doświadczalnie na głodzonych zwierzętach. Stosowanie środków farmaceutycznych, pobudzających na drodze układu nerwowego wegetatywnego wydzielanie soku żołądkowego, jak: histamina, adrenalina, kofeina i pilokarpina, wiąże się z teorją Bergmana o istnieniu osobników stygmatyzowanych, łatwiej zapadających na owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy. Jednak obecnie zarzucamy twierdzenie tego autora, że nadżerka powstaje naskutek skurczu naczyń i następowego strawienia obumarłej części śluzówki. Teorja Buechnera zupełnie zadowalająco tłumaczy charakterystyczne umiejscowienie owrzodzeń i ich charakterystyczny wygląd.

Patogenetycznie odgrywa głodzenie, według, Aschoffa, rolę dominującą, jako przykład służy melaena neonatorum. Przewlekły wrzód żołądka powstaje z gastritis erosiva. Różnice histologiczne

poszczególnych odcinków śluzówki żołądka, wpływ soku żołądkowego oraz specyficzny charakter perystaltyki żołądka, tłumaczą nam, dlaczego nadżerki, umiejscowione w t. z. „drodze żołądkowej" (Magenstrasse) i w kanale odźwiernikowym, przekształcają się w owrzodzenia.

A więc: przyczyną powstawania owrzodzenia jest długotrwały kontakt nadżerki z sokiem żołądkowym przy jednoczesnem częstem mechanicznem drażnieniu świeżego owrzodzenia.

Zmiany naczyniowe i nerwowe są pochodzenia wtórnego. Zejściem przewlekłego kataru żołądka jest prawie z reguły przebudowa gruczołów żołądka (Umbaugastritis): gruczoły odźwiernikowe zostają zastąpione przez gruczoły dwunastnicze, gruczoły zaś trzonu żołądka przez gruczoły podobne do odźwiernikowych. W końcu omówił prelegent wpływ tych przemian na powstawanie bezsoku.

Konjetzny. Gastritis z punktu widzenia chirurga.

Gastritis uważa autor za centralny punkt w dziedzinie patologji żołądka. Liczne obszerne i przekonywujące prace ostatnich lat wyjaśniły niezbicie wzajemny stosunek istniejący między nieżytem żołądka, owrzodzeniem i rakiem żołądka. Gastritis daje nieraz klinicznie klasyczne objawy owrzodzenia żołądka, tem tłumaczy się częste przed 15-tu laty operacje spowodu owrzodzenia żołądka, gdzie na stole operacyjnym jednak owrzodzenia nie znajdywano. Obecnie udoskonalone metody badawcze wyłączają tego rodzaju błędy. Przewlekły nieżyt żołądka powoduje często bujanie chorej śluzówki i różnego rodzaju zgrubienie ściany żołądka. Zmiany te są przyczyną zaburzeń w działalności żołądka, których leczenie wewnętrzne nie jest w stanie usunąć, należy więc operować.

Głównem jednak wskazaniem do operacji są pewne stany żołądka z nadmiernem bujaniem śluzówki; należy je traktować jako niebezpieczny stan przedrakowy.

Prelegent demonstruje liczne przezrocza histopatologiczne, w których mikroskop wykrył w obrębie bujającej śluzówki tkankę nowotworową. Te przypadki należy traktować jako t. zw. wczesną

operację raka żołądka. W ten sposób, uważa autor, można zwalczać nieuleczalność raka żołądka, gdyż operacje, dokonywane w późniejszych okresach raka mają złą statystykę.

Prof. Finsterer — Wiedeń. Wyniki operacyjne w przebiegu gastritis.

Materjał prelegenta odnosi się do 140 chorych operowanych spowodu przewlekłego kataru żołądka. Skierowanie na operację spowodowane było wieloletniem bezskutecznem leczeniem wewnętrznem, przyczem najczęściej stawiano rozpoznanie owrzodzenia lub rozpoczynającej się sprawy nowotworowej. Na stole operacyjnym z reguły stwierdzało się zwężenie odźwiernika jako zejście sprawy zapalnej żołądka. Zabieg polegał na odpowiedniem udrożnieniu żołądka lub na usunięciu części schorzałego narządu. Oba te zabiegi dokonywał autor łatwo w miejscowem znieczuleniu, zmniejszając tem ryzyko operacji, szczególnie u ludzi starszych. Ogólna statystyka powyższych operacji wyraża się cyfrą 1,5% przypadków śmiertelnych, prelegent jednak uzyskał 0,7% śmiertelności, czyli wszystkiego 1 przypadek śmiertelny na cytowane 140 przypadków. Ze względu na istniejący stan zapalny śluzówki żołądka, wymagane jest dalsze leczenie pooperacyjne, dietetyczno-farmaceutyczne, które winno trwać 6 do 12 miesięcy. Wyniki na dalszą metę, co do wyleczenia, są znacznie gorsze, niż nawet w dużych owrzodzeniach żołądka. Gdy w tych sprawach prelegent mógł się pochwalić 95% całkowitego wyleczenia, to w gastritis chr. tylko 58% chorych nie miało więcej swych zwykłych dolegliwości. Tem niemniej wskazana jest operacja w przypadkach leczenia wewnętrznego z wynikiem ujemnym, gdyż pokrywa się ona często z wczesną operacją zwyrodnienia złośliwego

Przy zgodnej współpracy internisty z chirurgiem uda się, według prelegenta, uniknąć ujemnych rezultatów operacyjnych, wynikających ze współistnienia takich cierpień, jak: zapalenie pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, grubej kiszki i t. d.

Prof. Berg — Hamburg. Gastritis z punktu widzenia internisty.

Renesans tego cierpienia tłumaczy autor badaniami anatomicznemi rezekowanych żołądków, gastroskopją i zdobyczami badania rentgenowskiego (zdjęcia śluzówkowe).

Obecny pogląd na etjologję kataru żołądka daleko wykracza poza ramy właściwych dolegliwości żołądka i terenu samego żołądka. Liczne czynniki szkodliwe wewnątrzpochodne, oprócz zewnętrznych, mechanicznych, chemicznych i cieplnych, powodują występowanie tego cierpienia. Badania ostatniej doby wykazały olbrzymie znaczenie różnych czynników zawartych w soku żołądkowym, jak czynnika przeciwanemicznego lub czynnika przeciwdziałającego występowaniu zmian degeneracyjnych w rdzeniu.

Prof. Cori-Saint. — Louis. Nowe badania doświadczalne nad węglowodanową przemianą materji.

Prelegent obszernie omawia krążenie drobiny glukozy w organiźmie, od wątroby, poprzez krew do mięśni. Insulina i adrenalina są antagonistycznemi hormonami, które zarządzają tem krążeniem. Insulina, która wywiera główny swój wpływ po przyjęciu pokarmu, przeciwdziała rozkładowi glikogenu wątrobowego oraz działa glikogenotwórczo w mięśniach. Działa więc ten hormon na krążenie węglowodanów w ten sposób, że dopływ cukru we krwi ulega zmniejszeniu, krew zostaje szybciej odcukrzona i w ten sposób ulega zmniejszeniu koncentracja cukru we krwi. Pozatem insulina przyśpiesza spalanie cukru w tkankach, co również wpływa na zmniejszenie koncentracji.

Adrenalina działa wręcz odwrotnie, przyśpiesza rozpad glikogenu w wątrobie i w mięśniach, przyczem odpływający z mięśni do krwi kwas mleczny zostaje przekształcony w wątrobie na cukier krwi. W ten sposób, odwrotnie do mechanizmu działania insuliny, następuje zwiększenie koncentracji cukru we krwi.

Adrenalina jest więc hormonem, który chroni organizm przed niebezpieczeństwem zubożenia krwi w cukier, działa więc głównie w okresie głodzenia. Odnawianie zapasu węglowodanów w tkankach, jak wykazały ostatnie badania, również odbywają się pod wpływem hormonów. Wydzielina przedniego płata przysadki działa na korę nadnerczy, która wtedy wytwarza hormon, wpływający na produkcję węglowodanów z białka.

Prof. Pewzner — Moskwa. Nowe drogi w zagadnieniu odżywiania chorych.

Sposób żywienia wpływa na wszelkie przejawy czynności organizmu i ma wpływ na skład chemiczny tkanek, na odczyn skóry, na przeróżne bodźce i wpływa regulująco na przemianę materji. Nawet skład jakościowy soków trawiennych, pewne odczyny kory mózgowej, nawet pewne właściwości konstytucjonalne organizmu zależne są od składu naszego pokarmu. Wprowadzony pokarm wpływa na przemianę materji komórki, zmienia środowisko, w którem żyje komórka i ten sposób wpływa na szybkość i rodzaj rozwijających się ewentualnie procesów patologicznych. Nowoczesna terapja dietetyczna nie powinna zadawalać się uregulowaniem czynności lub oszczędzaniem jednego narządu chorego, wzgl. jednego systemu narządów, a powinna stworzyć dietę leczniczą „humoralno-konstytucjonalną".

Protokuły posiedzeń.

SEKCJA GASTROLOGICZNA ŁÓDZKIEGO T-WA LEK.

Protokuł III posiedzenia w dniu 30.11.1933.

Przewodniczący: Kol. M a r z y ń s k i.

Kol. W ę g i e r k o (jako gość z Warszawy). Nowsze kierunki w leczeniu dietetycznem chorób wątroby. Streszczenia nie dostarczono.

Dyskusja: Kol. F r e n k i e l podkreśla, że niezależnie od bólów odruchowych w czasie i po ataku kamicy, w większości przypadków istnieje duża skłonność do nudności i wymiotów, co uniemożliwia podawanie nawet płynów wzgl. wody. Zapytuje, czy wobec tego nie można podawać płynów per rectum.

Kol. I t e l s o n zapytuje, w jakich przypadkach należy podawać węglowodany z insuliną, a w jakich same węglowodany. Uważa, że stosowanie insuliny jest celowe w tych przypadkach, kiedy istnieje zakwaszenie ustroju. Przy niskim poziomie cukru we krwi może nastąpić wstrząs hipoglikemiczny, pozatem schorzała komórka wątrobowa nie jest zdolna do asymilacji większej ilości węglowodanów. Badania cukru we krwi naczczo dają dużo wskazówek o zachowaniu się komórki wątrobowej.

Cukromocz ciężarnych powstaje wskutek upośledzenia komórki wątrobowej. Obfite pożywienie węglowodanowe doprowadza do zniknięcia cukru z moczu i podwyższenia poziomu cukru we krwi.

Kol. T u r y n w związku z twierdzeniem prelegenta, że im większa diureza, tem większe wydzielanie żółci wątrobowej, zapytuje, czy możnaby w okresach żółtaczki stosować niewinne środki

moczopędne, aby zwiększyć wydzielanie żółci. Niski poziom glikemji u osób z chorą wątrobą może m. in. mieć za tło t. zw. hyperhepathie. Krańcowo stany te przedstawiają się jako hepatomegalia glycogenetica.

Kol. Gliksman zapytuje 1) czy działanie żółciotwórcze wody u osobników ze zdrową wątrobą i u osób z wątrobą chorą jest jednakowe, 2) jakie jest działanie organopreparatów w schorzeniach wątroby.

Referent w odpowiedzi kol. Frenklowi wyjaśnia, że podanie wody per rectum może być bardzo celowe, węglowodanów zaś — problematyczne ze względu na ich wsysanie, natomiast głodzenie per os jest b. szkodliwe, gdyż doprowadza do zastoju żółci. Wymiotującym należy więc podawać płyny w małej ilości i często.

Kol. Itelsonowi: zgadza się, że czasami podawanie insuliny może być szkodliwe. W kamicy żółciowej nie stosuje on insuliny, a jedynie przy rozpadzie białka, doprowadzającym do zakwaszenia.

Kol. Turynowi: diuretica są bardzo pożądane, szczególnie wtedy, gdy chcemy podawać wodę. Warunek: sprawne nerki. Co się tyczy wzmożonej glikosyntetycznej czynności wątroby, to jest to raczej zagadnienie teoretyczne, wątpliwe, czy w praktyce takie stany istnieją.

Kol. Gliksmanowi: im wątroba jest mniej sprawna, tem gorsza jest jej czynność żółciotwórcza. W dziedzinie działania organopreparatów ref. nie posiada dostatecznego doświadczenia.

Sekretarz: *Warszawski.*

Protokuł IV posiedzenia w dniu 25.I.1934 r.

Przewodniczący Kol. Marzyński.

Kol. Schultz. 1. Przyp. Lymphosarcoma ventriculi u 17-letniej pacjentki. Obraz kliniczny i przebieg choroby przemawiały za wrzodem trawiennym. Operowano 17.VI. 1931 i, pomimo, że chora była bardzo wykrwawiona, wykonano resekcję. Dotychczas pacjentka zdrowa, przerzutów nie stwierdzono.

2. Przyp. Adenocarcinoma pylori u 29-letniego mężczyzny. Wykonano resekcję z częściową resekcją trzustki. Rana

zagojona per primam. Po 3 latach pacjent czuje się dobrze — przerzutów nie stwierdzono.

3. 2 przyp. owrzodzenia 12-cy u osób młodych, gdzie samego owrzodzenia ze względu na jego umiejscowienie nie można było usunąć. Wykonano resekcję celem wyłączenia (Resektion zur Ausschaltung). Pacjenci po 3 latach czują się dobrze.

Kol. Uryson. Kiła przewodu pokarmowego. Sprawa częstości kiłowego schorzenia żołądka jest przedmiotem gorących sporów i jest zależna od treści, włożonej w pojęcie kiły żołądka. O ile ograniczamy się do kiły trzeciorzędnej, to jej postacie (kilaki, owrzodzenia kilakowate, zwężenia odźwiernika i t. d.) są w rzeczywistości bardzo rzadkie. Jednakże cały szereg klinicystów stwierdza daleko posunięte zaburzenia wydzielnicze i ruchowe żołądka u luetyków w I i II okresie choroby. Na zasadzie dokładnych badań tak klinicznych jak i anatomopatologicznych udało się wyodrębnić postać gastritis luica. Schorzenia nerwów roślinnych w przebiegu pierwszych okresów kiły rzucają światło na przyczynę częstości wrzodów trawiennych żołądka u luetyków. Kiła jelit poza naciekami i owrzodzeniami daje również zmiany nieżytowe. W II okresie kiły występują zmiany zwyrodnieniowe i zapalne w splotach Meissnera i Auerbacha, od czynności których zależy czynność wydzielnicza i ruchowa jelit.

Kiła wątroby w odróżnieniu od kiły żołądka i jelit jest schorzeniem dość częstem. W I okresie kiły stwierdzono u 76,7% wszystkich nieleczonych luetyków alimentarną galaktosurję. Ostry żółty zanik wątroby bardzo często jest spowodowany przez kiłę. Charakterystyczne dla kiły wątroby w okresie III są: powiększona śledziona, leukopenja ze względną limfocytozą i przyśpieszony odczyn Biernackiego oraz podwyższona ciepłota. Odczyn Wassermanna we krwi często bywa ujemny.

Głównemi postaciami kiły trzeciorzędowej wątroby są: 1. Postacie przebiegające ze zwalniającym typem ciepłoty i dreszczami, przypominające ropień wątroby. 2. Postać naśladująca bąblowce wątroby. 3. Hepatitis gummosa, którą należy różnicować z rakiem wątroby. 4. Postacie, przebiegające jako zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych. 5. Marskość wątroby typu przero-

stowego lub zanikowego. 6. Hepar lobatum. 7. Hepatitis interstitialis luica, postać opisana poraz pierwszy przez Gluzińskiego. Dla demonstracji różnych postaci kiły przewodu pokarmowego ref. opisuje 7 przyp. przez siebie spostrzeganych.

W dyskusji nad pokazami kol. Schultza zabierali głos kol. kol. Wajskopf, Lewi, Marzyński, Rozenberg G.

Kol. Kumant przytoczył statystyki różnych autorów, dotyczące wyników po rozmaitych zabiegach. Resekcja celem wyłączenia należy do metod najskuteczniejszych. Wyniki i tu zależą od umiejętności i doświadczenia operatora.

Kol. Kantor: Ulcus pepticum jejuni wynika z niewłaściwego postępowania pooperacyjnego.

W dyskusji nad referatem kol. Urysona wzięli udział kol. kol. Kryszek, Turyn.

Sekretarz: Turyn.

Protokuł V posiedzenia w dniu 22.III.1934

Przewodniczący kol. Marzyński.

Kol. Dengel. Wskazania i zabiegi chirurgiczne w owrzodzeniu żołądka i 12-cy. Streszczenia nie dostarczono.

Dyskusja. Kol. Kantor: Tak długo, jak gastrolodzy nie będą chirurgami, muszą opierać się na współpracy z chirurgami. Najdokładniejsze nawet badania dają czasami mylny obraz. Zwodnicze są nawet wyniki badania promieniami Rentgena, czego dowodzą wypadki sekcyjne. Przy kierowaniu chorych do operacji dokładne rozpoznanie jest niezbędne. W przyp. owrzodzeń spowodu zatrucia resekcja nie jest metodą wyboru.

Kol. Wajskopf. Podziela zdanie ref., że zupełną pewność diagnostyczną daje tylko badanie rentgenowskie. Ze wskazań do operacji internista uznaje daleko posunięte zwężenia i skłonność do krwawień.

Kol. Margolis: podkreśla z uznaniem przychylne stanowisko ref. dla leczenia internistycznego. Przyznaje, że w leczeniu owrzodzeń leczenie chirurgiczne odgrywa rolę dominującą

Sekretarz: Warszawski.

Protokuł VI posiedzenia w dniu 29.11.1934.

Kol. Uryson. Stany zapalne trzustki. Streszczenia nie nadesłano.

Dyskusja: Kol. Margolis: postacie poronne pancreatitis zdarzają się wiele częściej, niż się je rozpoznaje. Droga infekcji jest najczęściej krwionośna. Infekcje wątroby są często krwiopochodne, wątroba znajduje się w odrębnych warunkach anatomicznych. W przyp. ref. pochodzenie pancreatitis od gastritis jest wątpliwe. Prócz infekcji trzustka może dawać takie objawy skutkiem dyskinezy. W pewnym przyp. kolki ołowiowej nasuwało się przypuszczenie pancreatitis, tembardziej, że znaleziono dużo diastazy we krwi. W piśmiennictwie mówca nie znalazł nic o trzustce w przebiegu kolki ołowiowej. Niewyraźna jest przyczyna chudnięcia po napadach kamicy. Możliwy jest udział trzustki.

Kol. Wajshof cytuje wyniki ankiety Nordmanna o znaczeniu diastazy.

Kol. Turyn ocenia sceptycznie wyniki badania ilościowego diastazy metodą Wohlgemutha. W niektórych przyp. acetylcholina podnosi ilość wydzielonej do 12-cy djastazy.

Referent w odpowiedzi stwierdza, że w jego przyp. rozpoznaje w pierwszym rzędzie gastritis, drogi, jaką czynnik szkodzący doszedł do trzustki, nie można określić: Zgadza się na pojęcie dyskinesis. Diastaza i jej określanie w diagnostyce cierpień trzustki daje wyniki miarodajne, nie wolno jednak opierać się na tym tylko objawie. Nie widzi granicy pomiędzy pancreatitis a martwicą. W obrazie krwi charakterystyczną jest leukocytoza z przesunięciem wlewo. Wstrzykiwanie acetylcholiny uważa za przeciwwskazane, wobec jej działania hipotensyjnego. Stosowane są transfuzje krwi, które chirurdzy w stanach ciężkich czynią niechętnie.

Sekretarz: Turyn.

Protokuł VIII posiedzenia w dniu 10 kwietnia 1935 r.

Kol. Oknowski. Przyp. raka o gwałtownym przebiegu u młodego osobnika.

16.12.1934 r. przybył na oddz. dra Margolisa chory, lat 21, krawiec. Chory uskarżał się na bóle w okolicy krzyża i żołądka. Bóle te, niezależnie naogół od czasu spożycia pokarmu, nasilały się jednak po jedzeniu. Każde spożycie posiłku stałego czy płynnego wywołało obfite ciemne wymioty. Wymioty bywały również niezależne od jedzenia, ulgi choremu nie sprawiały. Zgagi nie odczuwał, miewał kwaśne odbijania. Stolce zaparte. Charakteru, barwy stolca nie spostrzegł. Przed rokiem przez krótki okres czasu uskarżał się na zgagę i dolegliwości żołądkowe, których bliżej określić nie potrafi. W ciągu ostatnich 4—5 tyg. stan chorego pogarszał się znacznie, schudł. Wywiad rodzinny b. zn. St. praes. Ogólny stan chorego b. ciężki. Chory niespokojny, zmienia ciągle pozycję, wije się z bólu. Budowa wątła. Konstytucja asteniczna. Odżywianie b. złe. Skóra bladożółta. W skórze brzucha kilka rozrzuconych drobnych guzków, wielkości grochu, niezbyt twardych, niebolesnych, przesuwalnych wraz ze skórą. Płuca b. zm. Granice serca normalne. Akcja miarowa, przyśpieszona. Tony głuche. Tętno miękkie, 120 na min., drobne. Brzuch lekko zapadnięty. W obrębie śródbrzusza ponad pępkiem wyczuwa się guz wielkości 2-ch pięści, nierówny, bolesny przy dotyku, dający się odgraniczyć z boków, ginący ku górze pod łukiem żebrowym prawym, oddechowo nieruchomy, nieprzesuwalny. Odgłos wypukowy nad guzem przytłumiony. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. W czasie obserwacji szpitalnej stan bezgorączkowy. W moczu ślad białka.

W wymiocinach L—0, A—36. Obecna krew. Badanie krwi: Cz. c. 4.150.000. Hb 64%, Wsk. 0,8. B. c. 16.850. Metamyel. 0.5%. Pał. 13%, Segm. 83%. Kwas. 0,5%. Mon. 1,5%, Limf. 1,5%.

W kale krew utajona obecna, sterkobilina nieobecna. Diastazy w moczu 64 j.

We krwi odczyn H. v. d. Bergha bezpośredni dodatni. Bilirubiny 37 j. Meulengrachta.

Wobec trwających wymiotów dokonano laparotomji próbnej po transfuzji 150 cm^3 krwi.

Protokół operacyjny:

W polu operacyjnem widać sieć zrośniętą z podstawą woreczka żółciowego. Pylorus i pars pylorica ventriculi wraz z trzust-

ką wszystko nacieczone tkanką nowotworową, zbitą, twardą. Tylko przy caput pancreatis tkanka rozpadowa.

22.12.1934 r. chory zmarł. Badanie histologiczne gruczołu krezkowego: Adenocarcinoma - metastasis. Różnicując przy łóżku chorego opisany wyżej obraz, myślano o schorzeniu trzustki. Martwica trzustkowa Balcera przebiega gwałtowniej, przeważnie u osób tęgich, powyżej lat 40. Jej początek przypomina peritonitis acuta. W wymiocinach i w kale brak krwi. Ten negatywny obraz podkreśla Matthes, gdyż większe udary trzustki mogą z racji krwotoczności (pancreatitis acuta haemorrhag.) prowadzić do znacznej niedokrwistości i nasuwać podejrzenie krwawienia wewnętrznego. Z tych względów należało odrzucić koncepcję martwicy trzustki. Za prawdopodobnym udziałem trzustki we wspomnianem schorzeniu przemawiały bóle krzyża, niezwykle intensywne, oraz charakterystyczny zespół, a mian.: wymioty żółcią, acholiczne stolce i mechaniczna żółtaczka.

Wskazywało to na prawdopodobny ucisk 12-cy poniżej pap. Vateri. Macalny duży guz w jamie brzusznej, wymioty krwawe, wyniszczenie, przemawiały za nowotworem żołądka. Omawiano również możliwość wrzodu drążącego żołądka ze zmianami zapalno - zlepnemi sieci (guz) przy współudziale trzustki, do której jad dostaje się drogą naczyń limfatycznych z okolicy wrzodowej. Mechanizm ten wg. Schmiedena spotyka się w chorobach trzustki wzgl. często (ulcus ventr., 12-ni, diverticulitis). Raki żołądka u osób młodych należą do zjawisk rzadkich. Według Eustermana w 95% rak żołądka spotyka się między 40 a 69 r. życia. Osler znajdywał raka żołądka u osób poniżej lat 30 tylko w 2%. Inne statystyki podają zbliżony odsetek. Przebieg choroby w przypadku opisanym był gwałtowny, jeśli zważyć, że od pierwszych dolegliwości do chwili zgonu upłynęło zaledwie 5 tyg. Boas takie przypadki nazywa „gallopierendes Carcinom". Zwracają uwagę 3 cechy charakteryzujące raka żołądka u osób młodych: 1) brak wyniszczenia wskutek szybkiego wzrostu nowotworu, wiodącego do utraty wagi bez wyniszczenia, 2) wczesne przerzuty, 3) wczesne podwyższenie ciepłoty, jakby wskutek rozpadu tkanki rakowej. Poza przerzutami żadnej z tych cech nie zaobserwowano u chorego. Uderza natomiast brak wybitniejszej niedokrwistości mimo wyniszczenia i krwawień. Wyraźnych momentów, któreby mogły w tym przyp.

suponować etjologję owrzodzenia brak. Wreszcie, czy punktem wyjścia nowotworu była trzustka czy żołądek, nie udało się stwierdzić.

Kol. G. R o z e n b e r g. Przyp. P o l y p o s i s v e n t r i c u l i, dotyczy chorej lat 47.

Pacjentka podaje, że na żołądek narzeka od szeregu lat, z przerwami do 4 lat. Dolegliwości swe określa jako bóle w dołku sercowym, niezbyt intensywne, niezależne od jedzenia. Chora więcej cierpi spowodu znacznego osłabienia ogólnego, trwającego od dłuższego czasu. Od czasu do czasu miewa częstsze wolne wypróżnienia. Anamneza indywidualna i rodzinna — nic szczeg. St. praes. Wzrost niski, habitus asthenicus. Budowa prawidłowa. Anemiczna, śluzówki blade. Odżywienie upośledzone. Płuca b. zm. Szmer skurczowy nad ictus cordis i nad a. pulmon. Brzuch normalnie wysklepiony, powłoki nie napięte. Bolesność uciskowa w okolicy nadbrzusza. Układ nerwowy b. zm. Po śniadaniu Bo — Ew. wydobyto 20 cm^3 zawartości śluzowatej. Kwas solny wolny nieobecny. Kwasota ogólna 10. W osadzie skupienia leukocytów. Drożdże.

Badanie krwi. Cz. c. 4.800.000, Hb. 77%, Wsk. 0,73. B. c. 9.500, Kwas. 0,6%, Pał. 1,3%, Segm. 77%, Limf. 21,1%. Opadanie krwinek 85 min. Badanie prom. R.: ostro odgraniczone cienie wielkości małego orzecha w większej ilości umiejscowione w obrębie całego żołądka (Kol. B a r c i ń s k i). Należy stwierdzić, że z objawów klinicznych najwięcej zwraca uwagę niedokrwistość, która zmuszała chorą do stosowania wstrzykiwań preparatów arszenikowych.

Niedokrwistość pochodzi prawdopodobnie od stałych krwawień z polipów. Statystyka duńska podaje za ostatnie lata 40 przypadków polyposis ventr. W piśmiennictwie polskiem opisano ich b. mało. Polipy należą do grupy gruczolaków, powstają przeważnie na tle przewlekłego zapalenia. Schindler w atlasie żołądkowym wymienia postać gastritis polyposa. Prócz krwawień do objawów klinicznych należy zwężenie odźwiernika wzgl. wgłobienie przez polip.

Rozpoznanie jest tylko rentgenologiczne wzgl. gastroskopowe. Różnicować należy z rakiem, owrzodzeniem i innemi guzami żołądka, z kiłą, gruźlicą i t. p. Ze względu na znaną skłonność po-

lipów do zwyrodnienia złośliwego leczenie polega na usuwaniu części żołądka zajętej polipami.

Dyskusja: Kol. S z y k i e r. Polipy żołądka są b. rzadkie. Anemję leczy się skutecznie dużemi dawkami żelaza, po którem ustępują inne objawy niedokrwistości pochodzenia żołądkowego, jak zajady, zmiany paznogci.

Kol. W a r s z a w s k i. Przyp. u c h y ł k a 12 - c y n i e z w y k ł y c h r o z m i a r ó w.

Chory, lat 21, blacharz, skierowany został na oddz. dra Margolisa spowodu silnych bólów w nadbrzuszu, na które skarży się od 4 mies. Podaje, że początkowo bóle te występowały jedynie 2—3 godz. po obfitych posiłkach, stopniowo jednak przybierały na sile i występowały już niezależnie od jedzenia. Bóle promieniowały czasami w kierunku pleców, niekiedy rozprzestrzeniały się na cały brzuch. Bólom towarzyszyły często wymioty o zawartości pokarmowej. W ostatnim czasie chory miewał codziennie nudności, stracił łaknienie i schudł dość znacznie. Stolce przez cały czas choroby regularne. Dotąd nie zasięgał porady lekarskiej, jadał wszystko. 3 dni przed przybyciem do szpitala dostał nagle silnych bólów o charakterze napadowym w górnej części brzucha — jednocześnie wystąpiły wymioty śluzowe, bezbarwne. Wywiad rodzinny b. zn. St. praes. Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Skóra i śluzówki dość blade. Płuca i serce b. zm. Jama brzuszna normalnie wysklepiona. Nieznaczna tkliwość przy obmacywaniu całego brzucha. Wyraźna bolesność przy ucisku pod prawym łukiem żebrowym i okolicy odźwiernika. Oporu w tem miejscu nie stwierdza się. Mocz b. zm. Opadanie krwinek 300 min. WR ujemny. Badanie żołądka przez sondę 12-czą co 10 min.: 1) L—0, A—12; 2) L—50, 2—62; 3) L—60, A—72; 4) L—62, A—72; 5) L—40, A—52; 6) L—46, A—56; 7) L— 44, A—52. Krew utajona w kale obecna. Badanie rentgenologiczne: Przełyk: b. zm., fałdy zgrubiałe. Żołądek opuszczony, hipotoniczny, o pozębionej krzywiźnie dużej, pozatem brzegi równe; ruchomy, niebolesny. Ruchy robaczkowe umiarkowane. Część wstępująca 12-cy wydłużona, zagięcie górne zaostrzone, bolesne. Na wewnętrznym brzegu części wstępującej duży podłużny uchyłek. Na podstawie tego badania rozpoznany został uchyłek 12-cy. Schorzenie to jest ostatnio częś-

ciej rozpoznawane dzięki promieniom X. Uchyłki występują we wszystkich częściach 12-cy — najczęściej w cz. zstępującej, szczeg. w okolicy pap. Vateri (50%). Niezmiernie rzadkie są w cz. górnej, jak w przyp. opisanym. Uchyłki usadowione są najczęściej na wklęsłej, przyśrodkowej ścianie 12-cy, w najbliższem sąsiedztwie trzustki, stąd niezmiernie częste powikłania ze strony tego gruczołu. W 25% przyp. spotyka się więcej niż 1 uchyłek. Rozmiary wahają się od ziarna grochu do wielkości jaja kurzego. Kształtem przypominają naparstek, palec rękawiczki, grono. Są jednakowo częste u obu płci. Anatomicznie odróżnia się prawdziwe i rzekome. Bywają wrodzone i nabyte, jako skutki procesów patologicznych, odbywających się w ścianie 12-cy, lub jej najbliższem otoczeniu.

Momentem decydującym dla powstania uchyłka jest wrodzona predyspozycja ścianki 12-cy w miejscach anatomicznie najsłabszych, a więc w miejscu przejścia naczyń i przewodu żółciowego, wzgl. dodatkowych przewodów trzustkowych. Objawy kliniczne są nietypowe i różnorodne. Do częstych należą nudności, wymioty, utrata wagi. Mogą przebiegać bezobjawowo. Zastój pokarmu w uchyłku prowadzi do diverticulitis, przebiegającej czasami burzliwie. Do powikłań diverticulitis należą zapalenia dróg żółciowych, trzustki, 12-cy, rzadziej żołądka. Powikłanie rzadsze stanowi ropień, zgorzel, przedziurawienie uchyłka do trzustki. Objawy rentgenologiczne: 1) cień plamisty o dobrem wysyceniu i ostrych konturach w obrębie 12-cy, 2) Przechodzenie masy kontrastowej w kierunku jelita czczego ponad wzgl. obok cienia plamistego, 3) Utrzymywanie się plamy kontrastowej po opróżnieniu 12-cy, 4) Zastój utrzymujący się od kilku godzin do kilku dni, 5) Przy zdjęciu uciskowem często występujący objaw - smuga błony śluzowej, prowadząca do uchyłka, 6) Objaw względny - bolesny punkt uciskowy w miejscu, gdzie na kliszy widoczny jest cień plamisty (diverticulitis). W rozpoznaniu różnicowem uwzględnić należy ograniczone rozszerzenie 12-cy przy jej zwężeniu; wypełniony masą kontrastową woreczek żółciowy przy cholecystoduodenostomji; rak trzustki, drążący do 12-cy. Uchyłki przebiegające z dolegliwościami wymagają spokoju, leczenia dietetycznego. Gdy to nie daje poprawy — należy usunąć je radykalnie. W przyp. opisanym leczenie zachowawcze doprowadziło do uspokojenia dolegliwości.

Kol. Margolis. Próby leczenia owrzodzenia żołądka metodami najnowszemi.

Niema postaci chorobowej, w której polecano tak wielką ilość metod leczniczych, jak w okrągłym wrzodzie żołądka. Wszystkie jednak metody okazywały się zarówno dobre jak i nie radykalne. Przyczyny tego: brak objektywnego kryterjum dla sądzenia o objektywnem wyleczeniu wrzodu, z drugiej strony brak ustalonej przyczyny patogenezy wrzodu. Stąd brak powiązania proponowanych metod leczniczych z patogenezą. Metoda leczenia wrzodu żołądka zapomocą wstrzykiwań pepsyny, wprowadzona przez Glaesnera, powstała w toku doświadczeń nad wpływem pepsyny kwaśnej na powstawanie wrzodu. Wpływ trawienny na powstawanie wrzodu należy uważać za zrehabilitowany, aczkolwiek jest to czynnik nie jedyny, lecz niezbędny obok innego. Glaesner osiągnął wyniki, które można uważać za zachęcające. Wątpliwości nasuwa ta okoliczność, że obok pepsyny stosował on u tychże chorych ogólnie przyjętą dietę i leki. Referent omawia przyp. wrzodu żołądka, w których stosował krajowy preparat pepsyny—ulcerynę Karpińskiego. Wyniki otrzymał dobre, aczkolwiek nie lepsze, aniżeli przy stosowaniu innych metod. Ostateczny sąd będzie mógł wydać po zastosowaniu tej metody na większej ilości przypadków, co narazie było utrudnione wobec trudności otrzymania omawianego preparatu.

Kol. Turyn. Próby leczenia wrzodu żołądka metodami najnowszemi.

Owrzodzenie żołądka i 12-cy jest cierpieniem ustrojowem, na co wskazuje charakter przewlekły tego cierpienia i jego rodzinne występowanie. Zasadnicze leczenie powinno dążyć do usunięcia nadkwaśności, gdyż ulcus jest pepticum. Dopóki badania w tej sprawie nie doprowadzą do leczenia ogólnego (owrzodzenie jest miejscowym objawem cierpienia ogólnego), usuwającego skłonność do nawrotów i do nadkwaśności, leczenie pozostaje miejscowe, przypomina postępowanie dermatologiczne. Entuzjastką przypadkowo wykrytej przez siebie metody jest Zwilichowskaja. Sol. natr. salicyl. 10.0/150.0 w dawce 2 — 6 łyżek dziennie wpływa na szybkie ustępowanie dolegliwości, znikanie niszy, stałe (1 rok) zniknięcie nadkwaśności. Referent w kilku przypadkach stwierdził niejednolity wpływ tej metody jak na bóle, tak i na nadkwaśność. Stwierdził

przytem, że po 10-cio dniowem stosowaniu roztworu natr. salicyl. w soku żołądkowym zjawia się czasami większa niż przedtem ilość śluzu. Czy ten śluz jest wyrazem regulacji czynności poszczególnych części żołądka w sensie gastritis toxica, jak to często się obserwuje przy leczeniu dużemi dawkami salicylu w przebiegu gośćca, — trudno rozstrzygnąć. W jednym przypadku wynik leczenia był b. dobry i wystąpił zaraz po pierwszym dniu. Metoda Zwilichowskiej nie przewyższa zdaniem referenta dawnej metody leczenia alkaljami, a jest wątpliwa co do drogi jej działania.

W dyskusji kol. Rozenberg L. prosi o wyjaśnienie mechanizmu działania metody zakwaszania w leczeniu owrzodzeń. Kol. Dawidowicz stosował pepsynę w 10 przyp. Stwierdził lepsze działanie pepsyny francuskiej, niż ulceryny krajowej. Poprawa po preparacie francuskim była szybka, po krajowym nie było jej wcale.

Kol. Margolis stwierdza sprzeczność metod z istniejącemi poglądami na patogenezę. Istnieje ona w możliwości leczenia dietą zakwaszającą a teorją Balinta. Natrium salicylicum również może działać przez zakwaszanie.

Kol. Turyn zauważa, że w preparacie pepsyny Loepera jest natrium benzoicum jako analgeticum. W rękach autorów włoskich to analgeticum bez pepsyny daje b. dobre wyniki w leczeniu choroby wrzodowej.

POLSKIE TOWARZYSTWO GASTROLOGICZNE.

Posiedzenie kliniczne dnia 18 kwietnia 1934 r.

Przewodniczący Dr. Wejnert.

Dobryszycki przedstawił przypadek recto-sigmoiditis ulcerosa chronica z pomyślnym wynikiem leczenia.

W dyskusji zabierali głos: Radliński, Goldstein, Dolkart i J. Nusbaum.

W odpowiedzi Dobryszycki zwrócił uwagę, iż leczenie przewlekłych wrzodziejących zapaleń kiszki grubej szczepionkami i autoszczepionkami dawało wielu autorom wyniki sprzeczne. Wlewania uważa D. za metodę lepszą, niż rozpylanie leków zapo-

mocą rektoskopu. Pomijając fakt, że działanie lawatyw sięga wyżej, częste posiłkowanie się rektoskopem niepotrzebnie narażałoby błonę śluzową odbytnicy na ciągłe urazy.

Złe wyniki od stosowania lawatyw, zwłaszcza lapisowych, tłumaczyć należy niedokładnością techniki. Kwestja powierzenia chorego chirurgom powinna być rozstrzygana indywidualnie.

Należy zawsze cierpliwie czekać na wyniki leczenia zachowawczego, kierując się stanem ogólnym chorego.

M. Fejgin demonstrował przypadek zaparcia stolca na tle zmian organicznych w jelicie grubem oraz przypadek ciężkiej żółtaczki.

N. Mesz pokazał szereg rentgenogramów z dziedziny gastrologji.

W. Kaliciński wygłosił odczyt p. t.: „Z kazuistyki urazów żołądka".

Posiedzenie naukowe dnia 16 maja 1934 r.

Przewodniczy Dr. Wejnert.

N. Mesz przedstawił rentgenogramy z dziedziny gastrologji (ciąg dalszy).

Prof. Gustaw Singer z Wiednia wygłosił odczyt p. t.: „O czynnościowych schorzeniach jelit".

Posiedzenie naukowe dnia 20 czerwca 1934 r.

Przewodniczy Dr. Wejnert.

P. Goldstein demonstruje przypadek zespołu pęcherzykowo-wyrostkowego.

Kobieta, lat 47, od 2½ lat narzeka na bóle w prawej połowie brzucha, bez wyraźnego umiejscowienia, ciągle się potęgujące, bez wymiotów i gorączki. W ostatnich czasach bóle były tak silne, że często w nocy wzywała Pogotowie, którego lekarz wstrzykiwał chorej morfinę. Leczyła się u wielu lekarzy - internistów, gastrologów

i chirurgów. Większość skłaniała się do rozpoznania zapalenia woreczka żółciowego względnie kamicy żółciowej. Chora była wielokrotnie poddawana badaniu rentgenowskiemu. Kilkakrotnie robiono cholecystografję, która nie dała jednolitej odpowiedzi. Raz widziano kamienie w pęcherzyku, na innych zdjęciach kamieni nie było, tylko poprzeczne położenie pęcherzyka. Bóle doprowadziły chorą do narkomanji. Wówczas chora zaczęła nalegać na operację. Cięciem przyprostnem prawem usunięto chorej pęcherzyk żółciowy, który leżał poprzecznie, cały w zrostach (bez kamieni i bez ropy) oraz wyrostek robaczkowy, również wsznurowany na całej swojej długości w mocne zrosty.

Przebieg pooperacyjny normalny. Chora obecnie jest zdrowa.

Przypadek, choć banalny, lecz interesujący ze względu na trudności rozpoznawcze i lecznicze i praktycznie dość ważny.

W dyskusji S a i d m a n stwierdza, że w powyższym przypadku mieliśmy najprawdopodobniej do czynienia z przewlekłym stanem zapalnym wyrostka robaczkowego, powikłanym znacznemi zrostami.

Zapalenie wyrostka robaczkowego może powodować liczne zrosty nietylko w obrębie wyrostka i kątnicy, lecz daleko od pierwotnego ogniska chorobowego np. wzdłuż wstępnicy, woreczka żółc., dwunastnicy i t. d. Zrosty te stoją, najprawdopodobniej, w związku z przebiegiem naczyń chłonnych.

K r y ń s k i zapytuje, jak był ułożony wyrostek? Czy nie był skierowany ku górze, w stronę wątroby.

J. K r y ń s k i pokazuje szereg zdjęć z dziedziny cholecystografji „przyśpieszonej".

N. M e s z przedstawia zdjęcia rentgenowskie uchyłka przełyku.

W uzupełnieniu pokazu N. M e s z a — W. R ó b i n podaje kilka danych klinicznych i anamnestycznych. Choroba zaczęła się przed 12 miesiącami: nagle podczas jedzenia kęs stanął „ w gardle", chory zaczął się krztusić i po dłuższym wysiłku kęs wycisnął. Od tej pory odczuwa od czasu do czasu stawanie w przełyku pokarmów nawet płynnych.

M e s z stwierdził rentgenologicznie uchyłek i to dobrze

wyjaśniało obraz kliniczny. Po paru tygodniach, chory zwrócił się do laryngologa, który go trzykrotnie ezofagoskopował i rozpoznał niewątpliwy nowotwór. Skrawek badany histologicznie, cech nowotworu nie stwierdził.

Po tych 3-ch zabiegach chory jednak krwawił, połykanie stało się jeszcze trudniejsze. Zdjęcie rentgenowskie, wykonane przez innego rentgenologa, wykazało zwężenie przełyku. Wobec tej sprzeczności polecono choremu powrócić do domu na przeciąg 3-ch tygodni, aby przekonać się, czy owo zwężenie nie jest następstwem urazowego obrzęku śluzówki przełyku, jako skutek 3-ch ezofagoskopji. Obecnie rentgen znowu stwierdza uchyłek.

Grynkraut zapytuje, czy laryngolog stwierdził zwężenie i czy było zrobione badanie śluzówki przełyku.

Zdaniem Dolkarta — długi przebieg, brak charłactwa i przyrost na wadze przemawiają za uchyłkiem, a przeciwko nowotworowi.

S. Frank demonstruje przypadek gruźlicy okrężnicy na dażej przestrzeni.

W dyskusji Mesz zapytuje, czy chory był naświetlany. M. uważa, że od tego należy rozpocząć, a operować należy w razie zwężenia.

Według prof. Radlińskiego — guz okrężnicy gruźliczy w zasadzie zawsze stanowić powinien wskazanie do resekcji.

W danym przypadku widocznie nie dało się to zrobić spowodu umocowania guza. Założone zespolenie może mieć, przez wyłączone krążenie kału, wybitny wpływ leczniczy, co i tu widocznie następuje, ponieważ guza teraz wyczuć nie można.

— — — — —

Po wyczerpaniu porządku dziennego odbyło się Walne Zebranie.

Przewodniczy P. Goldstein.

Wysłuchano i przyjęto sprawozdanie Sekretarza, Skarbnika i Komisji rewizyjnej.

Doktorzy: prof. Radliński, Niewiadomski, Kryński i Frank, zostali wybrani do Zarządu ponownie.

R ó b i n zgłasza wniosek aby rozwinąć akcję werbowania nowych członków, zwłaszcza prowincjonalnych. Goldstein, Wejnert i Kryński popierają ten wniosek.

Posiedzenie naukowe
dnia 21 listopada 1934 r.

Obecnych osób 72.

Przewodniczy Dr. W e j n e r t.

Dr. A. B r a u d e - H e l l e r wygłosiła odczyt p. t.: „O krwawieniach z przewodu pokarmowego u dzieci".

A. D a w i d s o n przedstawił 2 przypadki krwawień z przewodu pokarmowego u niemowląt.

A. F e s t e n s t a d t przedstawił również 2 przypadki podobnych krwawień, lecz u dzieci starszych.

M. P ł o ń s k i e r demonstrował preparaty anatomopatologiczne.

W dyskusji A. G o l d m a n podaje, iż obserwował w 2-ch przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego bardzo obfite krwawienia kiszkowe, o czem należy pamiętać przy różnicowaniu cierpień dających powód do krwawień kiszkowych.

J. N u s b a u m, nawiązując do etjologji krwawień z przewodu pokarmowego, zwraca uwagę, iż wypada się zastanowić, czy nie należałoby pewnej części krwawień u dzieci złożyć na karb stanów zapalnych żołądka, które, według nowszych badań, a szczególnie Konietzny'ego, Korbscha i innych, dawać mogą wszystkie objawy owrzodzeń, a więc i krwawienia. Być może, w przypadku kol. Festenstadta, gdyby udało się badanie śluzówki, wykrylibyśmy zmiany zapalne.

W. R ó b i n podnosi analogję pomiędzy dziećmi a dorosłymi w sprawie owrzodzeń i cierpień pęcherzyka żółciowego; te ostatnie, niewątpliwie istnieją u dzieci łącznie z kamicą żółciową.

Według P e k i e l i s a niewytłumaczone jest znacznego stopnia powiększenie śledziony w przypadku owrzodzenia dwunastnicy, demonstrowanym przez kol. Festenstadta.

Głos zabierał jeszcze Br. W e j n e r t.

Odpowiadali H e l l e r o w a i F e s t e n s t a d t.

B. K r y ń s k i demonstrował szereg zdjęć rentgenowskich.

Posiedzenie naukowe dnia 19 grudnia 1934 r.

Przewodniczy Dr. Wejnert.

Fr. Niewiadomski przedstawia chorych operowanych spowodu opuszczenia żołądka.

W dyskusji Wejnert stwierdza, że byłoby bardzo pożądanem, gdyby przypadki ciężkie mogły być leczone operacyjnie. Dotąd jednak nie mamy dostatecznie przekonywujących dowodów. Trzeba koniecznie zaczekać na wyniki odległe. Wadą metody proponowanej przez N. jest potrójne cięcie.

Według Witkowskiego opuszczenia żołądka i kiszek rentgenologicznie i chirurgicznie różnią się od siebie; wiele żołądków opuszczonych na kliszy po przygotowaniu przedoperacyjnem na stole operacyjnym opuszczenia tego nie wykazuje.

Przypadki przedstawione wykazywały duże opuszczenie i na stole operacyjnym. Co się tyczy metod operacyjnych, to już mnogość operacyj wskazuje, że ciągle się szuka czegoś nowego i dlatego stosowany przez nas sposób dąży jedynie do ulepszenia i uproszczenia zabiegu.

Następnie W. stwierdza, że chorzy, którzy byli przyjęci z bardzo ostremi objawami, czują się po zabiegu bardzo dobrze.

Zaorski nawiązuje do przemówienia Wejnerta, który wyjaśnił, że wielu chorych zgłasza się do internisty z opadniętym żołądkiem, a nie bardzo zgadzają się na operację. Z. sądzi, że w tych razach, kiedy opadnięcie żołądka jest następstwem osłabienia mięśni powłok brzusznych (ciąża, usunięcie guzów jamy brzusznej, gwałtowne schudnięcie), w wielu razach gimnastyka lecznicza i masaż powłok brzusznych nie tylko zapobiegłyby konieczności operacji, lecz doprowadziłyby do uzdrowienia chorego.

Mesz stwierdza, że rentgenologicznie mamy ustalone cechy dla określenia opuszczenia żołądka; najważniejszym objawem jest ułożenie po stronie lewej kręgosłupa nietylko żołądka, lecz i dwunastnicy. Tego objawu na żadnym z rentgenogramów przedstawionych chorych niema. Klinicznie w pierwszym przypadku również nie widać, aby chory miał habitus astenicus. M. zwraca na to uwagę, aby uniknąć fałszywych wniosków co do skutecznoś-

ci zabiegu chirurgicznego w tych niezupełnie typowych przypadkach.

Głos zabierali jeszcze Kryński, Lubelski i Niewiadomski.

Kohan przedstawił przypadek pęknięcia owrzodzenia żołądka (resekcja).

Niewiadomski i Datyner demonstrowali przypadek „perinephritis" z pyelogramami.

Szpilman przedstawił przypadek wgłobienia jelita cienkiego (hemicolectomia) i przypadek choroby Hirschprunga.

Witkowski pokazał 2 przypadki wycięcia esicy oraz szereg preparatów z dziedziny chirurgji dróg żółciowych.

Verständig — przedstawił przypadek pęknięcia torbieli ciała żółtego o niezwykłym przebiegu.

Plewko demonstrował przypadek raka wyrostka robaczkowego.

Wiadomości różne.

Na I-szym Międzynarodowym Zjeździe Gastro-entrologów w Brukseli (sierpień 1935) założono Międzynarodowe Tow. Gastroentrologiczne z siedzibą w Brukseli. Członkami mogą być gastroeterolodzy, interniści, chirurdzy, rentgenolodzy, biochemicy, i anatompatol. Wpisowe 500 fr. belg. na okres 3 lat. Bliższe szczegóły w redakcji naszego pisma.

W końcu października r. b. bawił w Warszawie prof. B o a s, jeden z najznakomitszych przedstawicieli międzynarodowej gastroenterologji. Korzystając z tej okoliczności Zarząd Pol. Tow. Gastrol. zaprosił prof. B o a s a do wygłoszenia odczytu w Pol. Tow. Gastrologicznem. — Odczyt dotyczył naukowych podstaw dietetyki i zgromadził bardzo licznych słuchaczy. Przywitał prof. B o a s a dłuższem przemówieniem prezes Towarzystwa Dr. W e j n e r t, następnie przedstawiciel redakcji wydawnictwa „D i e t e t y k a", Dr. J u s t m a n wręczył prof. B o a s o w i egzemplarz tego wydawnictwa.

Polski Komitet do zwalczania raka, Łódzkie Tow. Przeciwrakowe, Instytut im. Marji Skłodowskiej - Curie, Polski Instytut Przeciwrakowy we Lwowie, Stow. Asyst. Un. Jagiell. i Stow. Asyst. Un. Poznańskiego celem uczczenia pamięci I-go Marszałka Polski Józefa P i ł s u d s k i e g o, ogłaszają konkurs na prace z dziedziny nowotworów. Termin składania prac 12 maja 1937 r. w sekretarjacie Pol. Komit. do zwalczania raka — Warszawa, ul. Karowa Nr. 31. — N a g r o d y: jedna 700 zł.; dwie — po 300 zł. — Skład sądu konkursowego ogłoszony będzie niebawem. O bliższych warunkach konkursu dowiedzieć się można w redakcji naszego pisma.